

Bundesmantelvertrag - Zahnärzte (BMV-Z)

Die

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R., in Köln

einerseits

und der

Bundesverband der Ortskrankenkassen, K.d.ö.R. in Bonn

Knappschaft, K.d.ö.R. in Bochum

Seekrankenkasse, K.d.ö.R. in Hamburg

Bundesverband der Betriebskrankenkassen, K.d.ö.R. in Essen

Bundesverband der Innungskrankenkassen, K.d.ö.R. in Bergisch-Gladbach

Bundesverband der landw. Krankenkassen, K.d.ö.R. in Kassel¹

andererseits,

vereinbaren gemäß § 82 Abs. 1 SGB V den nachstehenden Bundesmantelvertrag (BMV-Z) über den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge

Stand: 01.04.2014

¹ „Zum 1. Juli 2008 ist die Kompetenz zur Vereinbarung des Bundesmantelvertrags Zahnärzte nach § 82 Abs. 1 SGB V mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung von den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) übergegangen. Dies umfasst auch die Kompetenz zur Änderung von Bestimmungen in den derzeit noch geltenden BMV-Z und EKVZ.“

Bundesmantelvertrag-Zahnärzte in der Fassung ab 01.04.2014

Zuletzt geändert aufgrund einer

Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren für vertragszahnärztliche Leistungen sowie das Gutachterwesen

- **Allgemeiner Teil**
- **Kieferorthopädische Behandlung**
- **Systematische Behandlung von Parodontopathien**
- **Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen**
- **Implantologische Leistungen**

sowie einer Zusatzvereinbarung zur Neuregelung der Gutachterverfahren

Bundemantelvertrag - Zahnärzte (BMV-Z)

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
§ 1	Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages5
§ 2	Umfang der vertragszahnärztlichen Versorgung.....5
§ 2a	Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren für vertragszahnärztliche Leistungen,, Gutachterwesen6
§ 3	Leistungen außerhalb der vertragszahnärztlichen Versorgung7
§ 4	Rechte und Pflichten des Vertragszahnarztes8
§ 5	Aufzeichnungen9
§ 6	Sprechstundenbehandlung, Zweigpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft9
§ 7	Besuchsbehandlung..... 11
§ 8	Krankenversichertenkarte11
§ 9	Behandlungsfall.....12
§ 10	Überweisungen12
§ 10 a	Ermächtigung zur Durchführung kieferorthopädischer Behandlungen im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung12
§ 10 b	Ermächtigung von Zahnärzten aus Mitgliedsstaaten der EG zur Erbringung von Dienstleistungen.....12
§ 11	Verordnung von Krankenhauspflege13
§ 12	Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit, Vertrauensärztlicher Dienst13
§ 13	Ausschuss für Untersuchungs- und Heilmethoden14
§ 14	Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen Grundsatz der Wirtschaftlichkeit.....14
§ 15	Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Sprechstundenbedarf15
§ 16	Auskünfte, Bescheinigungen15
§ 17	Vordrucke zur Durchführung der vertragszahnärztlichen Versorgung, edv-mäßige Erstellung der Abrechnung15
§ 18	Verzeichnis der an der kassenzahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte.....16
§ 19	Rechnungsprüfung durch die KZV, Beratung des Kassenzahnarztes.....16
§ 20	Prüfungseinrichtungen, Grundsätze für die Prüfung17
§ 21	Prüfungseinrichtungen bei Pauschalvergütung17
§ 22	Prüfungseinrichtungen bei Einzelleistungsvergütung18
§ 23	Prüfung der Ordnungsweise, Feststellung des sonstigen Schadens.....18
§ 24	Begleichung von Schadenersatzansprüchen.....18
§ 25	Stationäre kassenzahnärztliche Behandlung.....19
§ 26	Kassenzahnärztliche Vergütung.....19
§ 27	Zusammenstellung der Abrechnungsergebnisse durch die Kassenzahnärztliche Vereinigung20
§ 28	Prüfung der Abrechnungsunterlagen.....20
§ 29	Mitteilung über Disziplinarverfahren20
§ 30	Vertragsausschuss.....20
§ 31	Eigeneinrichtungen der Krankenkassen21
§ 32	Inkrafttreten.....21
§ 33	Kündigung.....21
	Vereinbarung über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe):..22
	Beschluss des Bundesschiedsamtes für die vertragszahnärztliche Versorgung vom 13.12.1993 zur Gewährleistung bei Füllungen und Zahnersatz.....25
	Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Datenübertragung26
	Vereinbarung zur Einführung der papierlosen Abrechnung37
	Ergänzende Vereinbarung zur Einführung der papierlosen Abrechnung entsprechend des Vertrags über den Datenaustausch auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Abrechnung.....39

Richtlinien nach § 106 Abs. 2 b SGB V zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V (Zufälligkeitsprüfung)	41
Richtlinien nach § 106a Abs. 6 SGB V zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfungen nach § 106a Abs. 2 und 3 SGB V	44
Erklärung über die Abrechnung von Material- und Laborkosten.....	49
Anlage 1 <i>mit Wirkung zum 01.07.2007 entfallen</i>	50
Anlage 2 Bestimmungen über die Gestaltung und die Ausfüllung der Planungsvordrucke und die edv-mäßige Erstellung der Abrechnung.....	50
Anlage 3 Vereinbarung nach § 87 Abs. 1a SGB V über die Versorgung mit Zahnersatz ..	57
Vereinbarung zum Heil- und Kostenplan für prothetische Leistungen, gültig ab 01.01.2012 (Ausfüllhinweise)	62
Anlage 4 Verfahrensordnung (§ 22 Abs. 6 BMV-Z).....	70
Anlage 5 Vereinbarung über die Bildung einer Technischen Kommission	76
Beschlüsse der Technischen Kommission.....	79
Anlage 6 <i>mit Wirkung zum 01.04.2014 entfallen</i>	80
Anlage 7a Vereinbarung über das Verfahren bei der Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels und Kiefergelenkerkrankungen	81
Anlage 8 Kieferorthopädischer Behandlungsplan	82
Mitteilung an den Patienten nach § 29 Abs. 1 SGB V	83
Anlage 9 <i>mit Wirkung zum 01.04.2014 entfallen</i>	83
Anlage 10a Parodontalstatus -Blatt 1-	84
Anlage 10b Parodontalstatus -Blatt 2-	85
Anlage 11 Erfassungsschein bei Ruhen der Ansprüche	86
Anlage 12 <i>mit Wirkung zum 01.04.2014 entfallen</i>	87
Anlage 13a Auftrag zur Begutachtung	88
Anlage 13 Begutachtung	91
Anlage 13c Begutachtung kieferorthopädischer Behandlungen	94
Anlage 14 <i>mit Wirkung zum 01.04.2014 entfallen</i>	95
Anlage 15 Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei der kieferorthopädischen Behandlung	96
Anlage 16 Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei der systematischen Behandlung von Parodontopathien....	100
Anlage 17 Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen	103
Anlage 18 Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei implantologischen Leistungen	108

Anlage A	Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen gem. § 87 Abs. 2 und 2h SGB V (einschl. Abrechnungsbestimmungen)
Allgemeine Bestimmungen	
Teil 1:	Konservierende und chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen
Teil 2:	Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels
Teil 3:	Kieferorthopädische Leistungen
Teil 4:	Systematische Behandlung von Parodontopathien
Teil 5:	Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen
Anlage B	Zuordnung der Leistungs-Nummern von Teil 1 und 2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes zu numerischen Leistungs-Nummern

Sonderdruckstück

Bundesmantelvertrag-Zahnärzte

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

und

Bundesverband der Ortskrankenkassen, K.d.ö.R. in Bonn

Knappschaft, K.d.ö.R. in Bochum

Seekrankenkasse, K.d.ö.R. in Hamburg

Bundesverband der Betriebskrankenkassen, K.d.ö.R. in Essen

Bundesverband der Innungskrankenkassen, K.d.ö.R. in Bergisch-Gladbach

Bundesverband der landw. Krankenkassen, K.d.ö.R. in Kassel

vereinbaren gemäß § 82 Abs. 1 SGB V den nachstehenden Bundesmantelvertrag (BMV-Z) über den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge

§ 1

Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages

- (1) Dieser Vertrag regelt die vertragszahnärztliche Versorgung (§§ 72 und 73 SGB V), die den Versicherten gegenüber den Krankenkassen nach Gesetz, Satzung und versicherungsrechtlichen Abkommen zusteht. Er bildet den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge (§ 82 Abs. 1 SGB V) und ist insoweit verbindlich, als Ausnahmen nicht vorgesehen sind.
- (2) Der Vertrag erstreckt sich auf den Geltungsbereich des SGB V.

§ 2

Umfang der vertragszahnärztlichen Versorgung

- (1) Die vertragszahnärztliche Versorgung umfasst die gem. § 73 Abs. 2 SGB V bezeichnete zahnärztliche Behandlung. Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehören auch die Anordnung der Hilfeleistungen anderer Personen, die zahnärztliche Behandlung und kieferorthopädische Behandlung nach Maßgabe des § 28 Abs. 2 SGB V, die Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen, soweit sie § 56 Abs. 2 SGB V entspricht, die Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil-, Hilfsmitteln und Krankenhausbehandlung sowie die Ausstellung von Bescheinigungen und die Erstellung von Berichten, die die Krankenkassen und der medizinische Dienst zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben und die die Versicherten für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts benötigen.
- (2) Zur zahnärztlichen Behandlung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung gehören
 - a) die ambulante zahnärztliche Behandlung einschließlich der ambulant in Krankenhäusern ausgeführten zahnärztlichen Leistungen, der von Nichtvertragszahnärzten in dringenden Fällen ambulant ausgeführten zahnärztlichen Leistungen, der zahnärztlichen Leistungen, die in poliklinischen Einrichtungen der Hochschulen nach Verträgen gem. §§ 76 Abs. 1, 115, 120 SGB V ausgeführt werden;
 - b) die stationäre vertragszahnärztliche Behandlung gem. § 115 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V.
- (3)¹ Im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung stehen den Krankenkassen vertraglich vereinbarte Gutachterverfahren nach näherer Maßgabe des § 2a zur Verfügung.

¹ Absatz 3 neugefasst auf Grund einer Vereinbarung vom 18.03.2014, gültig ab 01.04.2014

§ 2a¹

Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren für vertragszahnärztliche Leistungen, Gutachterwesen

- (1) Für das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterverfahren gelten:
 - (a) bei der Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels und Kiefergelenkerkrankungen (BEMA-Teil 2) Anlage 7a zum BMV-Z/Anlage 3 zum EKV-Z,
 - (b) bei kieferorthopädischen Maßnahmen (BEMA Teil 3) Anlage 15 zum BMV-Z/Anlage 15 zum EKV-Z,
 - (c) bei der Behandlung von Parodontopathien (BEMA-Teil 4) Anlage 16 zum BMV-Z/Anlage 16 zum EKV-Z,
 - (d) bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (BEMA Teil 5) Anlage 17 zum BMV-Z/Anlage 17 zum EKV-Z,
 - (e) für implantologische Maßnahmen bei Ausnahmeindikationen gemäß § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V Anlage 18 zum BMV-Z/Anlage 18 zum EKV-Z.
- (2) ¹Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen bzw. die Ersatzkassen können Vertragszahnärzte als Gutachter für die Durchführung von vertraglich vereinbarten Gutachten vorschlagen. ²Die vorgeschlagenen Personen müssen die in Abs. 5 normierten Qualifikationskriterien erfüllen.
- (3) ¹Im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Ersatzkassen bestellt jede KZV Gutachter und Zahnersatz-Obergutachter in der erforderlichen Anzahl. ²Die Obergutachter für kieferorthopädische und parodontologische Behandlungsfälle sowie Gutachter und Obergutachter für implantologische Leistungen bestellt die KZBV im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband. ³Das Einvernehmen kann aus wichtigem Grund verweigert werden. ⁴Die Bestellung der Gutachter und Obergutachter erfolgt jeweils für vier Jahre und kann – außer im Falle der erstmaligen Bestellung – nur einvernehmlich widerrufen werden. ⁵Auf der Gesamtvertragsebene können abweichende Amtsperioden für die dort bestellten Gutachter vereinbart werden. ⁶Bei erstmaliger Bestellung des Gutachters kann das Einvernehmen innerhalb des ersten Jahres von jeder Seite widerrufen werden. ⁷Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können hierbei nur gemeinsam und einheitlich handeln. ⁸Sofern das Widerrufsrecht nicht ausgeübt wird, gilt der erstmalig bestellte Gutachter für seine laufende Amtsperiode als bestellt.
- (4) Zahnärzte, die vor dem 17.10.2006 hauptamtlich bei den Krankenkassen und deren Verbänden als Gutachter für Zahnersatz und Zahnkronen tätig waren, gelten weiterhin als einvernehmlich bestellt.
- (5) ¹Die Gutachter sollen über eine zum Beststellungszeitpunkt mindestens seit vier Jahren ununterbrochen bestehende vertragszahnärztliche Zulassung verfügen. ²Sie sollen in dem Leistungsbereich, für den sie bestellt werden, über eine ausreichende Erfahrung verfügen und eine angemessene Anzahl an Behandlungsfällen vorweisen können. ³Gutachter und Obergutachter für Kieferorthopädie sollen die Anerkennung als Fachzahnarzt für Kieferorthopädie besitzen. ⁴Die Gutachter sind verpflichtet, an den Gutachter- bzw. Obergutachtertägungen der sie bestellenden KZV/KZBV teilzunehmen und gegenüber dieser jährlich die Teilnahme an fachbezogenen Fortbildungsmaßnahmen in dem jeweiligen Leistungsbereich nachzuweisen. ⁵Die Gutachter haben bei der Bestellung zu versichern, dass sie ihre Tätigkeit fachlich unabhängig und weisungsungebunden ausüben werden. ⁶Im ersten Jahr der Tätigkeit als Gutachter werden die erstellten Gutachten der KZV bzw. dem von ihr bestellten Fachberater zur Beratung hinsichtlich einer kontinuierlichen Qualitätssicherung vorgelegt.
- (6) ¹Die Tätigkeit der Gutachter und Zahnersatz-Obergutachter soll in der Regel auf den jeweiligen KZV-Bereich beschränkt sein. ²In Ausnahmefällen, z. B. bei Wohnortwechsel des Versicherten oder in grenznahen Gebieten, kann hiervon abgewichen werden. ³Bei der

¹ § 2a eingefügt auf Grund einer Vereinbarung vom 03.02.2014, gültig ab 01.04.2014

Auswahl der Gutachter und Obergutachter sollen die Ortsnähe zum Versicherten und der jeweilige KZV-Bereich berücksichtigt werden. ⁴Dabei soll auf eine möglichst gleichmäßige Verteilung der Gutachtenfälle auf alle Gutachter für eine schnellstmögliche Erledigung der Gutachten geachtet werden.

- (7) ¹An den Gutachter- und Obergutachtertugungen auf der Bundesebene können Vertreter des GKV-Spitzenverbandes teilnehmen. ²Vertreter der Landesverbände der Krankenkassen bzw. Vertreter der Ersatzkassen und ggf. Vertreter des GKV-Spitzenverbandes können an den Gutachtertugungen auf der Landesebene teilnehmen.
- (8) Das Nähere über die Bestellung der Gutachter und Zahnersatz-Obergutachter vereinbaren die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Ersatzkassen.
- (9) ¹Wenn und solange die in den Anlagen beschriebenen Gutachterverfahren in einem KZV-Bereich nach übereinstimmender Bewertung der Gesamtvertragspartner aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen nicht praktiziert werden, sind die Krankenkassen berechtigt, andere sachverständige Zahnärzte mit der Erstellung entsprechender Gutachten zu beauftragen. ²Die Bestimmungen der §§ 275, 276 SGB V und § 100 SGB X bleiben durch das vertraglich geregelte Gutachterverfahren unberührt.

Protokollnotiz:¹

¹Die Partner der Bundesmantelverträge werden zeitnah über die Einführung eines elektronischen Antrags- und Genehmigungsverfahrens vertragszahnärztlicher Leistungen sowie über den Austausch elektronischer Dokumente in Verhandlungen eintreten. ²Sofern entsprechende Verfahren seitens der Krankenkassen bereits vor Abschluss einer einschlägigen Vereinbarung praktiziert werden, haben die Krankenkassen die Verwendung qualifizierter elektronischer Signaturen im Sinne des Signaturgesetzes sicherzustellen.

§ 3

Leistungen außerhalb der vertragszahnärztlichen Versorgung

Nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehören insbesondere:

1. die von Personen im Sinne des § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V auf Anordnung eines Vertragszahnarztes oder in dringenden Fällen auch ohne eine solche Anordnung in selbständiger Tätigkeit erbrachten Leistungen;
2. die Behandlung von Mund- und Kieferkrankheiten durch die als Vertragsärzte zugelassenen Ärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, einfache Verrichtungen (z. B. Zahnextraktion), die auch von Vertragsärzten gelegentlich vorgenommen werden, sowie die Leistungen, die auf Veranlassung von Vertragszahnärzten durch an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen ausgeführt werden;
3. zahnärztliche Tätigkeiten, die nicht zu den den Krankenkassen obliegenden Leistungen gehören (z. B. Reihen-, Kontroll-, Einstellungs- und Tauglichkeitsuntersuchungen, auch wenn sie in Betrieben, Schulen oder Heimen erfolgen oder für Angehörige bestimmter Berufsgruppen vorgeschrieben sind), sowie Leistungen, für die ein Träger der Unfall- oder Rentenversicherung oder der Sozialhilfe dem Zahnarzt einen Auftrag gegeben hat;
4. die Ausstellung von Bescheinigungen, die nicht zur Durchführung von Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung und nicht für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts erforderlich sind (z. B. sonstige Bescheinigungen für den Arbeitgeber, Bescheinigungen für private Versicherungen);
5. zahnärztliche Behandlung außerhalb des Geltungsbereiches dieses Vertrags, sofern nichts Gegenteiliges ausdrücklich vereinbart wird.

¹ Protokollnotiz eingefügt auf Grund einer Vereinbarung vom 03.02.2014, gültig ab 01.04.2014

§ 4 Rechte und Pflichten des Vertragszahnarztes

- (1) Der Vertragszahnarzt hat die vertragszahnärztliche Versorgung persönlich durchzuführen. Werden angestellte Zahnärzte, Assistenten, Vertreter oder Hilfskräfte beschäftigt, so haftet der Vertragszahnarzt für die Erfüllung der vertragszahnärztlichen Pflichten durch sie im gleichen Umfange wie für die eigene Tätigkeit. Der Vertragszahnarzt kann im Rahmen der allgemeinen zulassungsrechtlichen Bestimmungen Zahnärzte zur Tätigkeit an seinem Vertragszahnarztsitz anstellen. Der Vertragszahnarzt ist auch in diesem Falle weiterhin zur persönlichen Praxisführung verpflichtet. Die von angestellten Zahnärzten erbrachten Leistungen gegenüber Versicherten stellen Leistungen des Vertragszahnarztes dar, die er als eigene gegenüber der KZV abzurechnen hat. Der Vertragszahnarzt hat die angestellten Zahnärzte bei der Leistungserbringung persönlich anzuleiten und zu überwachen. Unter diesen Voraussetzungen können am Vertragszahnarztsitz 2 vollzeitbeschäftigte Zahnärzte, bzw. bis zu 4 halbezeitbeschäftigte Zahnärzte angestellt werden. Bei Teilzulassung gem. § 19a Abs. 2 ZV-Z können entweder 1 vollzeitbeschäftigter Zahnarzt, 2 halbezeitbeschäftigte Zahnärzte oder 4 Zahnärzte mit insgesamt höchstens vollzeitiger Beschäftigungsdauer angestellt werden.
- (2) Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden.
- (3) Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder die unwirtschaftlich sind, darf der Vertragszahnarzt nicht zu Lasten der Krankenkasse bewirken oder verordnen; die Kasse darf sie nachträglich nicht bewilligen.
- (4) Heilmaßnahmen dürfen nur verordnet werden, wenn sich der Vertragszahnarzt persönlich von dem Krankheitszustand des Patienten überzeugt hat; hiervon darf nur in begründeten Ausnahmefällen abgewichen werden.
- (5) Der Vertragszahnarzt darf von einem Versicherten eine Vergütung nur fordern:
 - a) im Falle des § 8 Abs. 2,
 - b) wenn Versicherte bei Zahnfüllungen eine über das ausreichende und zweckmäßige hinausgehende Versorgung wählen, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. In diesen Fällen ist von den Kassen die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung als Sachleistung abzurechnen und vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen. Die Mehrkostenregelung gilt nicht für Fälle, in denen intakte plastische Füllungen ausgetauscht werden,
 - c) wenn Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 SGB V hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz wählen, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Abs. 2 Satz 10 SGB V aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen. Die Krankenkassen haben die bewilligten Festzuschüsse in den Fällen zu erstatten, in denen eine von der Regelversorgung nach § 56 Abs. 2 SGB V abweichende, andersartige Versorgung durchgeführt wird,
 - d) wenn und soweit der Versicherte klar erkennbar verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden. Hierüber ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Vertragszahnarzt und dem Versicherten zu treffen. Im Übrigen soll sich der Vertragszahnarzt den Wunsch des Versicherten, die Behandlung auf eigene Kosten durchführen zu lassen, schriftlich bestätigen lassen.
- (6) Der Vertragszahnarzt darf die Behandlung oder Weiterbehandlung eines Versicherten in begründeten Fällen ablehnen. Von der Ablehnung der Weiterbehandlung hat er die Krankenkasse unter Mitteilung der Gründe zu unterrichten.
- (7) Die Übernahme der Behandlung verpflichtet den Vertragszahnarzt dem zu Behandelnden gegenüber zur Sorgfalt nach den Vorschriften des bürgerlichen Vertragsrechtes.

§ 5 Aufzeichnungen

- (1) Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, über jeden behandelten Kranken Aufzeichnungen zu machen, aus denen die einzelnen Leistungen, die behandelten Zähne und, soweit erforderlich, der Befund sowie die Behandlungsdaten ersichtlich sein müssen.
- (2) Die Aufzeichnungen nach Abs. 1 sowie die diagnostischen Unterlagen bei kieferorthopädischen Behandlungen sind vom Vertragszahnarzt mindestens vier Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Die Aufbewahrungsfrist für Röntgenaufnahmen richtet sich nach der Röntgenverordnung. Eine längere Aufbewahrung ist darüber hinaus geboten, wenn sie nach medizinischen Erfordernissen angezeigt ist.

§ 6 Sprechstundenbehandlung, Zweigpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft

- (1) Für die Behandlung in den Praxisräumen des Zahnarztes (Sprechstundenbehandlung) hat der Berechtigte die freie Wahl unter den Vertragszahnärzten.
- (2) Der Vertragszahnarzt ist gehalten, seine Sprechstunden entsprechend dem Bedürfnis nach einer ausreichenden und zweckmäßigen vertragszahnärztlichen Versorgung und den Gegebenheiten seines Praxisbereiches festzusetzen und die Sprechstunden auf einem Praxisschild bekannt zu geben.
- (3) Die Krankenkassen haben die Berechtigten dazu anzuhalten, dass sie sich ausgenommen im dringenden Fall an die Sprechstunden der Zahnärzte halten und rechtzeitig erscheinen sowie begonnene Behandlungen bis zum Abschluss durchführen lassen.
- (4) Die Kassenzahnärztliche Vereinigung stellt für Tage, an denen die Sprechstunden allgemein ausfallen, eine ausreichende Versorgung für dringende Fälle sicher.
- (5) Ist der Vertragszahnarzt an der Ausübung seiner Praxis verhindert, hat er durch geeignete Maßnahmen die Versorgung seiner Patienten zu regeln. Ist dies nicht möglich, hat er die Kassenzahnärztliche Vereinigung unverzüglich zu benachrichtigen.
- (6) Der Vertragszahnarzt darf außerhalb seines Vertragszahnarztsitzes Zweigpraxen an weiteren Orten betreiben, wenn und soweit
 1. dies die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert und
 2. die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragszahnarztsitzes nicht beeinträchtigt wird.

Sofern die weiteren Orte im Bezirk der KZV liegen, in der der Vertragszahnarzt Mitglied ist, ist für die Tätigkeit in einer Zweigpraxis die vorherige Genehmigung der KZV erforderlich. Soweit die weiteren Orte außerhalb des Bezirks der KZV liegen, in der der Vertragszahnarzt Mitglied ist, ist für den Betrieb einer Zweigpraxis eine Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss erforderlich, in dessen Bezirk die Zweigpraxis liegt.

Eine Verbesserung der Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten im Sinne von Satz 1 liegt insbesondere dann vor, wenn in dem betreffenden Planungsbereich eine bedarfsplanungsrechtliche Unterversorgung vorliegt. Eine Verbesserung ist in der Regel auch dann anzunehmen, wenn unabhängig vom Versorgungsgrad in dem betreffenden Planungsbereich regional bzw. lokal nicht oder nicht im erforderlichen Umfang angebotene Leistungen im Rahmen der Zweigpraxis erbracht werden und die Versorgung auch nicht durch andere Vertragszahnärzte sichergestellt werden kann, die räumlich und zeitlich von den Versicherten mit zumutbaren Aufwendungen in Anspruch genommen werden können. Dies gilt auch, wenn in der Zweigpraxis spezielle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden angeboten werden, die im Planungsbereich nicht im erforderlichen Umfang angeboten werden. Die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragszahnarztsitzes wird in der Regel dann nicht beeinträchtigt, wenn die Dauer der Tätigkeit des Vertragszahnarztes in der oder den Zweigpraxen ein Drittel seiner Tätigkeit am Vertragszahnarztsitz nicht übersteigt.

Soweit sich die Zweigpraxis im Bezirk einer anderen Kassenzahnärztlichen Vereinigung als der befindet, bei der der Vertragszahnarzt Mitglied ist, kann der Vertragszahnarzt für die Tätigkeit an seinem Vertragszahnarztsitz angestellte Zahnärzte beschäftigen. Er kann außerdem Zahnärzte für die Tätigkeit in der Zweigpraxis nach Maßgabe der Vorschriften anstellen, die für ihn als Vertragszahnarzt gelten würden, wenn er an dem weiteren Ort zugelassen wäre. Die Dauer der Tätigkeit der am Vertragszahnarztsitz angestellten Zahnärzte in der oder den Zweigpraxen darf ein Drittel der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit am Vertragszahnarztsitz nicht überschreiten. Am Ort der Zweigpraxis kann ein Zahnarzt angestellt werden. Die Dauer dessen Tätigkeit in der Zweigpraxis darf die Dauer der Tätigkeit des Vertragszahnarztes in der Zweigpraxis um höchstens 100 v. H. überschreiten. § 4 Abs. 1 gilt entsprechend.

Im Falle der Ermächtigung zur Tätigkeit in einer Zweigpraxis in einem Ort außerhalb des Bezirkes der KZV, bei der der Vertragszahnarzt Mitglied ist, erfolgt die Abrechnung nach den gesamtvertraglichen Regelungen am Ort der Zweigpraxis. In diesen Fällen hat sich der Vertragszahnarzt mit einer Übermittlung seiner Abrechnungsdaten hinsichtlich der Zweigpraxis durch die KZV, in deren Bezirk die Zweigpraxis liegt an diejenige KZV, bei der er Mitglied ist, für Zwecke der Leistungs- und Abrechnungskontrolle und der Honorarverteilung einverstanden zu erklären.

- (7) Die gemeinsame Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit an einem gemeinsamen Vertragszahnarztsitz (örtliche Berufsausübungsgemeinschaft) oder an unterschiedlichen Vertragszahnarztsitzen (überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft) bedarf der vorherigen Genehmigung des Zulassungsausschusses nach näherer Maßgabe des § 33 Abs. 2 und 3 ZV-Z. Zur Durchführung des Genehmigungsverfahrens ist dem Zulassungsausschuss von den beteiligten Vertragszahnärzten der schriftliche Gesellschaftsvertrag der Berufsausübungsgemeinschaft vorzulegen. Der Zulassungsausschuss hat auf dieser Grundlage zu prüfen, ob eine gemeinsame Berufsausübung oder lediglich ein Anstellungsverhältnis bzw. eine gemeinsame Nutzung von Personal- und Sachmitteln vorliegt. Eine gemeinsame Berufsausübung setzt die auf Dauer angelegte berufliche Kooperation selbständiger, freiberuflich tätiger Zahnärzte voraus. Erforderlich ist hierfür eine Teilnahme aller Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft, an deren unternehmerischem Risiko und an unternehmerischen Entscheidungen sowie eine gemeinschaftliche Gewinnerzielungsabsicht. Für die Genehmigung KZV-bezirksübergreifender Berufsausübungsgemeinschaften ist die Abgabe einer schriftlichen Erklärung aller Mitglieder dieser Berufsausübungsgemeinschaft erforderlich, wonach sich diese allen Bestimmungen in Satzungen, Verträgen oder sonstigen Rechtsnormen der gem. § 33 Abs. 3 ZV-Z gewählten KZV hinsichtlich der Vergütung, der Abrechnung sowie zu den Abrechnungs-, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen, unterwerfen.
- (8) Mitglieder überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaften können ihre vertragszahnärztliche Tätigkeit auch an den Vertragszahnarztsitzen der übrigen Mitglieder dieser Berufsausübungsgemeinschaft ausüben, wenn die Erfüllung der Versorgungspflicht des Mitgliedes an seinem Vertragszahnarztsitz unter Berücksichtigung der Mitwirkung angestellter Zahnärzte weiterhin im erforderlichen Umfang gewährleistet ist. Dies ist dann der Fall, wenn die Tätigkeit an anderen Vertragszahnarztsitzen der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft ein Drittel der Zeit der vertragszahnärztlichen Tätigkeit des Vertragszahnarztes an seinem Vertragszahnarztsitz nicht überschreitet. Dies gilt entsprechend für die Tätigkeit der am Vertragszahnarztsitz angestellten Zahnärzte des Vertragszahnarztes an anderen Vertragszahnarztsitzen der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft. Soweit überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften, die Mitglieder in mehreren KZVen haben, ihre Wahlentscheidung hinsichtlich desjenigen Vertragszahnarztsitzes, der maßgeblich für die auf die Leistungserbringung der Gemeinschaft anzuwendenden ortsgebundenen Regelungen gem. § 33 Abs. 3 Satz 3 ZV-Z sein soll, ändern, ist dies nur zum Quartalsende durch schriftliche Erklärungen gegenüber allen beteiligten KZVen möglich, die diesen mindestens sechs Monate vor Wirksamkeit der geänderten Wahlentscheidung zuzugehen haben.

§ 7 Besuchsbehandlung

(1) Auch für die Behandlung außerhalb der Praxisräume des Zahnarztes (Besuchsbehandlung) hat der Berechtigte die freie Wahl unter den Kassenzahnärzten. Wird ohne zwingenden Grund ein anderer als einer der nächsterreichbaren Kassenzahnärzte in Anspruch genommen, so hat der Versicherte entstehende Mehrkosten zu tragen.

(2) Besuche außerhalb seines üblichen Praxisbereiches kann der Kassenzahnarzt ablehnen, es sei denn, dass es sich um einen dringenden Fall handelt und ein Kassenzahnarzt, in dessen Praxisbereich die Wohnung des Kranken liegt, nicht zu erreichen ist.

(3) Anspruch auf Besuchsbehandlung haben Kranke nur, wenn ihnen das Aufsuchen des Zahnarztes in dessen Praxisräumen nicht möglich oder nicht zumutbar ist.

(4) Die Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sind gehalten, durch Bestimmungen in der Krankenordnung, die landwirtschaftlichen Krankenkassen in anderer geeigneter Weise durch Aufklärung der Berechtigten und dgl. darauf hinzuwirken, dass Besuche nur für Kranke bestellt werden, denen das Aufsuchen des Zahnarztes in seinen Praxisräumen nicht möglich oder nicht zumutbar ist.

§ 8¹ Krankenversichertenkarte

(1) Der Berechtigte weist seinen Anspruch auf vertragszahnärztliche Versorgung durch Vorlage der Krankenversichertenkarte nach. Die Vereinbarung zur Gestaltung und bundesweiten Einführung der Krankenversichertenkarte in der jeweils geltenden Fassung ist Bestandteil des Vertrages.

(2) Solange die Krankenversichertenkarte nicht vorgelegt oder die Anspruchsberechtigung auf andere Weise nicht nachgewiesen worden ist, darf der Vertragszahnarzt eine Privatvergütung für die Behandlung verlangen. Wird die Krankenversichertenkarte oder die Anspruchsberechtigung innerhalb einer Frist von 10 Tagen nach der ersten Inanspruchnahme vorgelegt, so muss die entrichtete Vergütung zurückgezahlt werden.

(3) Die Orts-, Betriebs-, Innungskrankenkassen und die landwirtschaftlichen Krankenkassen haben die Berechtigten in geeigneter Weise

a) zu verpflichten,
dem Vertragszahnarzt bei Behandlungsbeginn und bei Fortdauer der Behandlung zu Beginn eines neuen Kalendervierteljahres unaufgefordert die Krankenversichertenkarte vorzulegen,
in dringenden Fällen die Krankenversichertenkarte spätestens innerhalb einer Frist von zehn Tagen nach der ersten Inanspruchnahme nachzureichen,
auf Verlangen des Vertragszahnarztes ihre Identität mit der auf der Krankenversichertenkarte benannten Person nachzuweisen,

b) anzuhalten,
den Vertragszahnarzt innerhalb eines Kalendervierteljahres nur bei Vorliegen eines triftigen Grundes zu wechseln.
Bei kieferorthopädischer Behandlung sowie bei Behandlung von Parodontopathien ist bis zu deren Abschluss ein Wechsel ebenfalls nur bei Vorliegen eines triftigen Grundes möglich. Die Krankenkasse soll in diesen Fällen den bisher behandelnden Vertragszahnarzt anhören.

(4) Die Krankenkasse wird den Vertragszahnarzt auf dessen Wunsch dabei unterstützen, dass der Versicherte die Krankenversichertenkarte dem Vertragszahnarzt nachträglich vorlegt.

(5) Für Kosten einer Behandlung, die aufgrund einer vorgelegten falschen Krankenversichertenkarte oder der unrechtmäßigen Vorlage der Krankenversichertenkarte statt des Gebrauchs

¹ In der Fassung der Vereinbarung zum Datenträgeraustausch vom 31.5.1996, gültig ab 1.1.1997.

des Leistungsnachweises gem. § 16 Abs. 3a SGB V¹ bei Ruhen der Ansprüche erfolgte, haftet die Krankenkasse dem Vertragszahnarzt gegen Abtretung seines Vergütungsanspruches. Das Nähere regeln die Partner der Gesamtverträge.

§ 8a aufgehoben zum 01.01.2013 durch Gesetz vom 20.12.2012, gem. Vereinbarung vom 23.04.2013

§ 9¹ Behandlungsfall

(1) Behandlungsfall im Sinne dieses Vertrages ist bei Leistungen nach den Teilen 1 und 3 des Bewertungsmaßstabes (Anlage A) die gesamte von demselben Vertragszahnarzt innerhalb desselben Kalendervierteljahres vorgenommene Behandlung.

(2) Leistungen, die am Ende des Kalendervierteljahres nicht abgeschlossen sind, werden im nächsten Kalendervierteljahr abgerechnet.

§ 10 Überweisungen

(1) Der Kassenzahnarzt kann, wenn erforderlich, den Kranken zur Durchführung bestimmter zahnärztlicher Leistungen oder zur Weiterbehandlung einem anderen Kassenzahnarzt oder einer sonstigen berechtigten Stelle (poliklinische Einrichtung der Hochschule, kasseneigenes Institut) überweisen; die Überweisung zur Weiterbehandlung an einen anderen Kassenzahnarzt ist nur in Ausnahmefällen zulässig.

(2) Eine Überweisung kann grundsätzlich nur ein Kassenzahnarzt vornehmen, dem eine gültige Krankenversichertenkarte vorliegt.

§ 10 a Ermächtigung zur Durchführung kieferorthopädischer Behandlungen im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung

(1) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen ermächtigen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den örtlich zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkassen über den Kreis der zugelassenen und beteiligten Zahnärzte hinaus weitere Zahnärzte zur Durchführung kieferorthopädischer Behandlung.

(2) In der Ermächtigung (§ 31 Abs. 2 ZO-Z) ist festzulegen, dass die für den Kassenzahnarzt maßgeblichen gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen entsprechend gelten.

Protokollnotiz zu § 10 a des Bundesmantelvertrags

„Die Partner des Bundesmantelvertrags sind darüber einig, dass die Ermächtigung nicht willkürlich versagt werden darf. Als äußerste Frist für die Bearbeitung des Antrages sind drei Monate anzusehen. Da Einvernehmen zwischen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Landesverbänden der Krankenkassen sowie den örtlich zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkassen herbeigeführt werden muss, sollen die Landesverbände sowie die örtlich zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkassen möglichst rasch nach der Unterrichtung durch die KZV über den Ermächtigungsantrag ihre Stellungnahme abgeben. Als äußerste Frist hierfür wird ein Monat angesehen.“

§ 10 b Ermächtigung von Zahnärzten aus Mitgliedsstaaten der EG zur Erbringung von Dienstleistungen

(1) Zahnärzte, die als Angehörige eines der anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Gemeinschaften nach Maßgabe der Artikel 15 und 16 der Richtlinien des Rates der Europäischen Gemeinschaften vom 25. Juli 1978 78/686/EWG zahnärztliche Leistungen ohne Begründung einer Niederlassung in der Bundesrepublik Deutschland einschließlich Land Berlin (Dienstleistungen) erbringen wollen, werden auf ihren Antrag gemäß § 31 Abs. 4 ZO-Z (jetzt: §

¹ Im Bereich der Landwirtschaftlichen Krankenversicherung gilt § 8 Abs. 2a KVLG 1989.

31 Abs. 5 ZV-Z) von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, in deren Bereich die Leistungen durchgeführt werden sollen, hierzu ermächtigt, wenn

- a) der Antragsteller berechtigt ist, als Dienstleistungserbringer im Sinne des Artikels 60 des EWG-Vertrages vorübergehend den zahnärztlichen Beruf im Geltungsbereich des Zahnheilkundegesetzes auszuüben,
- b) der Antragsteller die persönlichen Voraussetzungen erfüllt, die ein Kassenzahnarzt nach seinem Berufsrecht erfüllen muss, um die gleiche Leistung zu erbringen,
- c) in der Person des Antragstellers keine Gründe vorliegen, die bei einem Kassenzahnarzt die Entziehung der Zulassung zur Folge haben würden und
- d) die Dienstleistungen, welche der Antragsteller erbringen will, Gegenstand der Kassenzahnärztlichen Versorgung nach § 368 Abs. 2 RVO sind.

(2) Die Landesverbände der Krankenkassen sowie die örtlich zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkassen sind über die Ermächtigung zu unterrichten.

(3) Die Ermächtigung berechtigt und verpflichtet den Zahnarzt zur Erbringung der Dienstleistungen nach Maßgabe der für Kassenzahnärzte geltenden Bestimmungen.

(4) Der Versicherte hat entstehende Mehrkosten (insbesondere Reisekosten) zu tragen, wenn ohne zwingenden Grund ermächtigte Zahnärzte aus anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Gemeinschaften als Dienstleistungserbringer in Anspruch genommen werden.

(5) Für die Erbringung von Dienstleistungen in Notfällen durch Zahnärzte aus anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Gemeinschaften finden die für die Behandlung im Notfall durch nicht an der Kassenzahnärztlichen Versorgung teilnehmende Zahnärzte geltenden Bestimmungen Anwendung. Der Dienstleistungserbringer hat die Notfallbehandlung unverzüglich der Kassenzahnärztlichen Vereinigung anzuzeigen, in deren Bereich die Behandlung durchgeführt worden ist.

§ 11

Verordnung von Krankenhauspflege

(1) Krankenhauspflege soll nur verordnet werden, wenn sie wegen Art oder Schwere der Krankheit erforderlich ist. Die Notwendigkeit ist zu begründen, falls sie sich nicht aus der Art der Erkrankung ergibt.

(2) Die Kostenverpflichtungserklärung gegenüber dem Krankenhaus bleibt der Krankenkasse vorbehalten. Veranlasst der Kassenzahnarzt in Notfällen ausnahmsweise von sich aus die Aufnahme in ein Krankenhaus, so hat er dieses in der Verordnung besonders zu begründen.

§ 12

Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit, Vertrauensärztlicher Dienst

(1) Die Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit und ihre voraussichtliche Dauer erfordert im Hinblick auf ihre Bedeutung besondere Sorgfalt; deshalb darf die Arbeitsunfähigkeit nur aufgrund einer zahnärztlichen Untersuchung bescheinigt werden.

(2) Die Bescheinigung soll auf den dafür vorgesehenen Vordrucken erfolgen. Eine Durchschrift der Bescheinigung (Vordruckmuster 1c gemäß Bundesmantelvertrag-Ärzte) soll der Zahnarzt 12 Monate lang aufbewahren.

(3) Die Arbeitsunfähigkeit soll für eine vor der ersten Inanspruchnahme des Zahnarztes liegende Zeit grundsätzlich nicht bescheinigt werden. Eine Rückdatierung des Beginns der Arbeitsunfähigkeit auf einen vor dem Behandlungsbeginn liegenden Tag ist nur ausnahmsweise und nur nach gewissenhafter Prüfung und in der Regel nur bis zu zwei Tagen zulässig.

(4) Hat der Versicherte einen Lohnfortzahlungsanspruch, so ist eine Bescheinigung über die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit auszustellen. Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als in der Bescheinigung angegeben, wird eine neue zahnärztliche Bescheinigung ausgestellt; eine rückwirkende Bescheinigung über die Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit ist nur aus-

nahmsweise und nur nach gewissenhafter Prüfung und in der Regel nur bis zu zwei Tagen zulässig.

(5) Im weiteren Verlauf der Krankheit soll die Arbeitsunfähigkeit zum Zwecke der Erlangung von Krankengeld in der Regel nicht für einen mehr als 7 Tage zurückliegenden Zeitraum und nicht für mehr als zwei Tage im voraus bescheinigt werden.

(6) Zum Zwecke der Erlangung von Krankengeld ist die Bescheinigung über die letzte Arbeitsunfähigkeitsperiode dann zu versagen, wenn der Kranke entgegen zahnärztlicher Anordnung ohne triftigen Grund länger als eine Woche nicht zur Behandlung gekommen ist und er bei der Untersuchung arbeitsfähig befunden wird. In diesem Fall darf lediglich die Arbeitsfähigkeit ohne den Tag ihres Wiedereintritts bescheinigt werden; zusätzlich ist der vorletzte Behandlungstag anzugeben.

(7) Der Kassenzahnarzt erteilt dem Vertrauensärztlichen Dienst diejenigen Auskünfte, die dieser zur Durchführung seiner gesetzlichen Aufgaben (§ 369 b Abs. 1 RVO) benötigt.

(8) Das Gutachten des Vertrauensarztes ist vorbehaltlich der Bestimmung in Absatz 9 verbindlich.

(9) Bestehen zwischen dem Kassenzahnarzt und dem Vertrauensärztlichen Dienst über das Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit oder in anderer Hinsicht Meinungsverschiedenheiten, so soll der Kassenzahnarzt unter Darlegung seiner Gründe die Krankenkasse unterrichten, die das Weitere veranlasst. Der Kassenzahnarzt kann die Entscheidung durch ein Obergutachten beantragen.

§ 13

Ausschuss für Untersuchungs- und Heilmethoden

(1) Bei der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung wird ein Ausschuss für Untersuchungs- und Heilmethoden gebildet, dessen Mitglieder von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung berufen werden. Die Bundesverbände der Krankenkassen können als Mitglieder des Ausschusses zwei Zahnärzte benennen. Die Geschäftsführung des Ausschusses liegt bei der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung.

(2) Der Ausschuss nimmt auf Antrag der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung oder eines Bundesverbandes der Krankenkassen dazu Stellung, ob für eine Untersuchungs- oder Heilmethode sowie für die Verwendung bestimmter Materialien die in § 368 e RVO bezeichneten Voraussetzungen vorliegen. Seine Stellungnahmen sind von den Zahnärzten und von den Krankenkassen zu beachten.

(3) Eine neue Untersuchungs- oder Heilmethode oder ein neues Material sollen die Zahnärzte im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung nicht anwenden, die Krankenkassen sollen die Kosten dafür nicht übernehmen, solange der Ausschuss zu der neuen Methode bzw. dem neuen Material nicht Stellung genommen hat.

Protokollnotiz zu § 13

Die Partner des Bundesmantelvertrages-Zahnärzte stimmen darin überein, dass sich die Tätigkeit des Ausschusses gem. § 13 BMV-Z auch auf die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen bezieht. In diesem Zusammenhang soll es insbesondere zu den Aufgaben des Ausschusses gehören, unterschiedliche prothetische Versorgungsmöglichkeiten auf das Vorliegen der in § 368 e RVO genannten Voraussetzungen zu überprüfen. In diese Überprüfungen sind auch bereits bekannte Versorgungsmöglichkeiten einzubeziehen.

§ 14

Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen Grundsatz der Wirtschaftlichkeit

(1) Die vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen beschlossenen Richtlinien nach § 368 p RVO sind zu beachten.

(2) Heilmaßnahmen, insbesondere die von den Kranken anzuwendenden Arzneien sowie Heilmittel, sind hinsichtlich ihrer Art und ihres Umfanges bei sorgfältiger Prüfung der Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu verordnen.

§ 15

Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Sprechstundenbedarf

(1) Die Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln soll auf den von den Krankenkassen zu liefernden Vordrucken erfolgen, falls ein gültiger Behandlungsausweis vorliegt. Die Verordnung muss erkennen lassen, ob sie für

- a) ein Mitglied (mit Ausnahme der nach § 165 Abs. 1 Nr. 3 sowie der nach § 315 a RVO bzw. § 2 Abs. 1 Nrn. 4 und 5 KVLG Versicherten),
- b) den Familienangehörigen eines Mitgliedes nach a),
- c) einen pflichtversicherten Rentner (§ 165 Abs. 1 Nr. 3 oder § 315 a RVO bzw. § 2 Abs. 1 Nrn. 4 und 5 KVLG) oder dessen Angehörigen

erfolgt.

(2) Die Beschaffung von Sprechstundenbedarf wird zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den örtlich zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkassen geregelt.

§ 16

Auskünfte, Bescheinigungen

(1) Der Kassenzahnarzt ist verpflichtet, den Krankenkassen ohne besonderes Honorar, aber gegen Erstattung der baren Auslagen auf Verlangen Auskünfte und Bescheinigungen zu erteilen, die die Krankenkassen zur Durchführung ihrer Aufgaben benötigen.

(2) Der Kassenzahnarzt ist verpflichtet, dem Vertrauensarzt auf Anforderung die diagnostischen Unterlagen zur Beurteilung bestimmter Behandlungsfälle zur Verfügung zu stellen. Hierzu können die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen bzw. die örtlich zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkassen Näheres vereinbaren.

(3) Nimmt der Kassenzahnarzt an oder behauptet der Kranke, dass die Krankheit eine Berufskrankheit im Sinne der Unfallversicherung oder deren Spätfolge oder die Folge, Spätfolge eines Arbeitsunfalls, eines sonstigen Unfalles, einer Körperverletzung oder einer Schädigung im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes ist, so hat der Kassenzahnarzt dies der Krankenkasse auf dem Behandlungsausweis mitzuteilen. Die Mitteilung erfolgt außerdem, wenn Arbeitsunfähigkeit bescheinigt oder Krankenhauspflege verordnet wird, durch Anmerkung auf den dafür vorgesehenen Vordrucken.

(4) Der Kassenzahnarzt soll die Krankenkassen über besondere Vorkommnisse, welche die Versichertengemeinschaft schädigen, und über besondere Umstände, z. B. bei der Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit, bei Nichtbefolgung von Vorschriften der Krankenordnung oder bei Abbruch kieferorthopädischer Behandlung und der Behandlung von Parodontopathien, unterrichten.

Protokollnotiz zu § 16 Abs. 4

Die Partner des BMV-Z sind darüber einig, dass ein besonderes Vorkommnis im Sinne des § 16 Abs. 4 BMV-Z auch dann vorliegt, wenn kieferorthopädische Behandlungsmittel nicht sorgfältig behandelt werden.

§ 17

Vordrucke zur Durchführung der vertragszahnärztlichen Versorgung, edv-mäßige Erstellung der Abrechnung

(1)¹ Die zur Durchführung der vertragszahnärztlichen Versorgung erforderlichen Vordrucke – mit Ausnahme der von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zu schaffenden und von ih-

nen zu liefernden Vordrucke für die Abrechnung der Vertragszahnärzte – werden zwischen den Partnern dieses Vertrages vereinbart.

Für die Planungs- und Abrechnungsvordrucke gilt die Vordruckvereinbarung („Bestimmungen über die Gestaltung und die Ausfüllung der Planungs- und Abrechnungsvordrucke und die edv-mäßige Erstellung der Abrechnung“ (Anlage 2).

Für den Heil- und Kostenplan bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen gilt Anlage 3 (einschließlich der Muster 1 bis 3).

Für den kieferorthopädischen Behandlungsplan gilt Anlage 8.

Für den Parodontalstatus gelten Anlagen 10a und 10b.

Der Heil- und Kostenplan, der kieferorthopädische Behandlungsplan und der Parodontalstatus können individuell mittels EDV erstellt werden. Hierbei dürfen Inhalt, Aufbau und Struktur nicht verändert werden. Die Änderung der Zeilenabstände ist mit Ausnahme des Krankenversicherten – Kartenfeldes zulässig.

Für die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und das Ordnungsblatt für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel gelten die Vordrucke, die auf Grund des Bundesmantelvertrages-Ärzte vereinbart werden.

Werden Vordrucke nach dem BMV-Z oder seinen Anlagen individuell mittels EDV erstellt, werden die Kosten von den Krankenkassen nicht übernommen.

(2) Die Kosten für diese Vordrucke werden von den Krankenkassen getragen.

(3) Vordrucke und Bescheinigungen sind vollständig und leserlich auszufüllen, mit dem Zahnarztstempel zu versehen und vom Vertragszahnarzt persönlich zu unterzeichnen, sofern nichts anderes bestimmt wird.

(4) Die Abrechnung zahnärztlicher Leistungen durch die Vertragszahnärzte mittels EDV bedarf der Genehmigung durch die Kassenzahnärztliche Vereinigung nach Maßgabe der Anlage 2.

(5) Das Nähere über den Zahnarztstempel ist im Gesamtvertrag zu vereinbaren.

(6) Die zur Durchführung der vertragszahnärztlichen Versorgung erforderlichen Vordrucke und Stempel sind zur Verhütung missbräuchlicher Benutzung sorgfältig aufzubewahren.

§ 18

Verzeichnis der an der Kassenzahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte

(1) Die Kassenzahnärztliche Vereinigung stellt den Krankenkassen ihres Bezirks ein laufend zu ergänzendes Verzeichnis der an der Kassenzahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte unterteilt nach zugelassenen Zahnärzten, beteiligten Krankenhauszahnärzten (§ 29 ZO-Z), zur kieferorthopädischen Behandlung zugelassene oder ermächtigte Zahnärzte (11) und sonstige ermächtigte Zahnärzte (§ 31 Abs. 1 und 3 ZO-Z) zur Verfügung. Das Verzeichnis enthält die Namen der Zahnärzte sowie Angaben über Praxisstelle, Sprechzeiten und Fernsprechnummer. Näheres zu dem Verzeichnis vereinbaren die Partner des Gesamtvertrags.

(2) Die Krankenkassen sind verpflichtet, dieses Verzeichnis in ihren Geschäftsstellen zur Einsichtnahme für die Berechtigten auszulegen.

Protokollnotiz vom 27. 5. 74

Die Partner des Bundesmantelvertrags-Zahnärzte vereinbaren, dass die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen eine Liste erstellen, in die sich die Zahnärzte, die an der Durchführung der systematischen Pa-Behandlungen besonders interessiert sind, eintragen lassen können. Die Liste wird den Landesverbänden der Krankenkassen und den örtlich zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkassen zur Verfügung gestellt.

§ 19

Rechnungsprüfung durch die KZV, Beratung des Kassenzahnarztes

Der Kassenzahnärztlichen Vereinigung obliegt es,

- a) die vom Zahnarzt eingereichten Honoraranforderungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig zu prüfen und ggf. zu berichtigen,
- b) den Zahnarzt hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit der Behandlungs- und Ordnungsweise zu beraten.

Anmerkung der KZBV zu den §§ 20-24:

Das Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung wird zwischen den Partnern der Gesamtverträge vereinbart.

§ 20

Prüfungseinrichtungen, Grundsätze für die Prüfung

(1) Die kassenzahnärztliche Tätigkeit wird im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit der kassenzahnärztlichen Versorgung durch Prüfungseinrichtungen überwacht. Prüfungseinrichtungen sind Prüfungsausschüsse und Beschwerdeausschüsse.

(2) Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit ist die gesamte Tätigkeit des Kassenzahnarztes zu berücksichtigen.

(3) Für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Ordnungsweise haben die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Ordnungsweise die Krankenkassen die erforderlichen Unterlagen zu erstellen; die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen sollen sich dabei gegenseitig unterstützen. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen können Näheres regeln.

(4) Der Kassenzahnarzt hat den Prüfungseinrichtungen auf Anforderung alle notwendigen Unterlagen einschließlich Röntgenaufnahmen zur Verfügung zu stellen.

(5) Die Prüfungseinrichtungen können von sich aus oder auf Antrag Kontrolluntersuchungen veranlassen. Näheres, insbesondere über das Verfahren, die durchführenden Stellen und die Kosten, regeln die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen.

(6) Die Krankenkassen können Anträge auf Überprüfung der kassenzahnärztlichen Ordnungs- und Ordnungsweise stellen; sie sind zu begründen und sollen nur über den jeweiligen Landesverband gestellt werden.

Protokollnotiz zu § 20

Solange die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die örtlich zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkassen keine Vereinbarungen über die Prüfung der Wirtschaftlichkeit gem. § 368 n Abs. 5 RVO in der ab 1. 7. 1977 gültigen Fassung getroffen haben, richtet sich das Verfahren der Prüfungseinrichtungen nach der als Anlage 4 zum Bundesmantelvertrag in der ab 1.1.1975 gültigen Fassung vereinbarten Verfahrensordnung unter Berücksichtigung der durch das KVKG geschaffenen Rechtslage. Vereinbarungen, die zwischen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Landesverbänden der Krankenkassen sowie den örtlich zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkassen auf der Grundlage von § 22 Abs. 6 Satz 2 des Bundesmantelvertrags in der ab 1. 1. 1975 gültigen Fassung getroffen worden sind, bleiben bestehen.

§ 21

Prüfungseinrichtungen bei Pauschalvergütung

(1) Wird die Gesamtvergütung nach einer Kopfpauschale, Fallpauschale oder einem ähnlichen System berechnet, so errichtet die Kassenzahnärztliche Vereinigung die Prüfungseinrichtungen.

(2) Die Landesverbände der Krankenkassen können einen von ihnen beauftragten Zahnarzt benennen, der an den Sitzungen der Prüfungseinrichtungen einschließlich Beschlussfassung beratend mitwirkt.

(3) Anträge und schriftliche Stellungnahmen werden dem nach Abs. 2 benannten Zahnarzt unverzüglich mitgeteilt. Zu den Sitzungen der Prüfungseinrichtungen erhält dieser Zahnarzt

schriftliche Ladung. Zwischen Ladung und Sitzung der Prüfungseinrichtungen soll ein Zeitraum von mindestens zwei Wochen liegen.

(4) Krankenkassen, die Anträge gestellt haben, erhalten Abschriften der Beschlüsse der Prüfungseinrichtungen.

(5) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen können Ergänzungen zu der Bestimmung des Abs. 2 sowie Ergänzungen zu und Abweichungen von den Bestimmungen der Abs. 3 und 4 vereinbaren.

§ 22

Prüfungseinrichtungen bei Einzelleistungsvergütung

(1) Wird die Gesamtvergütung nach Einzelleistungen berechnet, werden die Prüfungseinrichtungen bei den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen errichtet. Die von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen benannten Vertreter in den Prüfungseinrichtungen müssen in der Kassenzahnärztlichen Tätigkeit erfahrene Zahnärzte sein.

(2) Der Prüfungsausschuss setzt sich zusammen aus von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen benannten Vertretern, die Stimmrecht haben, und aus Vertretern der Krankenkassen, die an den Sitzungen einschließlich Beschlussfassung beratend teilnehmen. Die Landesverbände der Krankenkassen benennen die Vertreter der Krankenkassen, unter denen ein Zahnarzt sein soll. Näheres über die Zahl der stimmberechtigten und beratend mitwirkenden Vertreter regeln die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen. Bis zu dieser Regelung besteht der Prüfungsausschuss aus drei Vertretern der Kassenzahnärztlichen Vereinigung und zwei Vertretern der Krankenkassen.

(3) Der Beschwerdeausschuss besteht aus je drei von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung und den Landesverbänden der Krankenkassen benannten Vertretern. Unter den Vertretern der Krankenkassen soll sich ein Zahnarzt befinden. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen können Näheres regeln, insbesondere auch die Zahl der Vertreter im Beschwerdeausschuss unter Wahrung der paritätischen Besetzung anders festlegen.

(4) Für die Vertreter in den Prüfungseinrichtungen sind Stellvertreter in der notwendigen Anzahl zu benennen.

(5) Die Zahl der Ausschüsse ist von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen zu regeln. Bis zu dieser Regelung ist auf höchstens 600 Kassenzahnärzte ein Prüfungsausschuss zu bilden.

(6) Die Prüfungseinrichtungen teilen ihre Entscheidungen mit schriftlicher Begründung und Rechtsmittelbelehrung den Betroffenen (Kassenzahnarzt und Krankenkassen) mit. Im Übrigen richten sich die Prüfungseinrichtungen nach der als Anlage 4 zu diesem Vertrag vereinbarten Verfahrensordnung. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen können Änderungen und Ergänzungen der Verfahrensordnung vereinbaren.

§ 23

Prüfung der Verordnungsweise, Feststellung des sonstigen Schadens

(1) Die Prüfungseinrichtungen nach §§ 21 und 22 sind auch zuständig für die Prüfung der Verordnungsweise der Kassenzahnärzte. Sie haben auch den sonstigen Schaden festzustellen, den der Kassenzahnarzt infolge schuldhafter Verletzung Kassenzahnärztlicher Pflichten einer Krankenkasse verursacht hat.

(2) Die Vorschriften der §§ 20 bis 22 gelten entsprechend für die Verfahren nach Abs. 1; jedoch steht den Krankenkassen auch dann die Beschwerde zu, wenn die Prüfungseinrichtungen sich gem. § 21 zusammensetzen.

§ 24

Begleichung von Schadenersatzansprüchen

Lässt der Kassenzahnarzt oder eine der Personen, für die er haftet, bei der Erfüllung der Kassenzahnärztlichen Pflichten die nach den Umständen erforderliche Sorgfalt außer acht, so hat

die Kassenzahnärztliche Vereinigung der betroffenen Krankenkasse den durch die Nichterfüllung der kassenzahnärztlichen Pflichten entstandenen und durch die Prüfungseinrichtungen festgestellten Schaden zu ersetzen, soweit ihr ein Rückgriff gegen den Kassenzahnarzt durch Aufrechnung gegen Honorarforderungen möglich ist. Die Kassenzahnärztliche Vereinigung behält den von den Prüfungseinrichtungen festgestellten Regress(Schadens)-Betrag an den Honorarforderungen des Kassenzahnarztes gegen die Kassenzahnärztliche Vereinigung ein und führt ihn vorbehaltlich einer anderweitigen Entscheidung im Rechtswege an die Krankenkasse ab; soweit dies nicht möglich ist, weil Honorarforderungen des Kassenzahnarztes gegen die Kassenzahnärztliche Vereinigung nicht mehr bestehen, tritt die Kassenzahnärztliche Vereinigung den Anspruch auf den Regress-(Schadens-)Betrag an die Krankenkasse zur unmittelbaren Einziehung ab.

§ 25

Stationäre kassenzahnärztliche Behandlung

Für die stationäre kassenzahnärztliche Behandlung gem. § 368 g Abs. 6 RVO gelten die Bestimmungen dieses Vertrages mit Ausnahme des § 6 Abs. 1-4 und 6 sowie des § 7.

§ 26

Kassenzahnärztliche Vergütung

(1) Die für die kassenzahnärztliche Versorgung zu entrichtende Vergütung wird an die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen gezahlt. Für Material- und Laboratoriumskosten bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen obliegt der Krankenkasse die Zahlungsverpflichtung jedoch nur insoweit, als sie Zuschüsse gewährt. Die Krankenkasse zahlt mit befreiender Wirkung für den Versicherten und gegenüber dem Kassenzahnarzt an die Kassenzahnärztliche Vereinigung.

(2) Krankenkassen im Sinne des § 368 g Abs. 2 Satz 2 RVO entrichten die Vergütung an die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung oder an eine von ihr bevollmächtigte Kassenzahnärztliche Vereinigung.

(3) Der durch den Bewertungsausschuss nach § 368 g Abs. 4 RVO vereinbarte einheitliche Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (Bema-Z) ist Bestandteil (Anlage A) dieses Vertrags.

(4) Grundsätze für die Festsetzung und die Berechnung der kassenzahnärztlichen Vergütung können als Anlage zu diesem Vertrag vereinbart werden.

(5) Die Parteien dieses Vertrags können eine Empfehlungsvereinbarung über die Höhe des den jeweiligen Verhältnissen entsprechenden Punktwertes des in Abs. 3 genannten Bewertungsmaßstabes schließen, wenn eine gemeinsame Empfehlung nach § 368 f Abs. 4 RVO nicht zustande gekommen ist.

(6) Wird die Gesamtvergütung nach Einzelleistungen errechnet und werden für poliklinische Einrichtungen der Hochschulen davon abweichende Vergütungen vereinbart (§ 368 n Abs. 3 RVO), so ist dies im Gesamtvertrag entsprechend zu berücksichtigen.

Zu § 26 BMV-Z wird folgende Protokollnotiz vereinbart:

„Die Verringerung des Vergütungsanspruchs gem. § 85 Abs. 4 b SGB V bezieht sich bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen auf den in § 30 Abs. 1 SGB V genannten Zuschuss von 50 v.H., bei der kieferorthopädischen Behandlung auf die in § 29 Abs. 1 SGB V genannten Vomhundertsätze (80 v.H. bzw. 90 v.H.).“

Vereinbarung mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen vom 17.03.1993

§ 27
Zusammenstellung der Abrechnungsergebnisse durch die
Kassenzahnärztliche Vereinigung

(1) Die Kassenzahnärztliche Vereinigung übermittelt der Krankenkasse alsbald nach Abschluss ihrer Abrechnungen getrennt nach Mitgliedern, Familienangehörigen sowie Rentnern einschließlich deren Familienangehörigen

- a) die vom Zahnarzt eingereichten Abrechnungsunterlagen, fortlaufend nummeriert sowie getrennt nach Leistungsarten,
- b) die Zusammenstellung der abgerechneten Einzelleistungen, aufgegliedert nach Leistungspositionen je Kassenzahnarzt für die konservierend-chirurgischen Leistungen,
- c) die Zusammenstellung der Vergütungsanforderungen je Kassenzahnarzt, getrennt nach Leistungsarten.

(2) Das Nähere wird im Gesamtvertrag geregelt. Dabei kann auch vereinbart werden, dass weitergehende Abrechnungsdaten zur Verfügung gestellt werden.

§ 28
Prüfung der Abrechnungsunterlagen

(1) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind berechtigt, bei den Krankenkassen

- a) die Unterlagen, die Grundlage für die Vergütungsregelung waren, insbesondere die Unterlagen für Ausgangsgrundlohnsummen, bis zum Ablauf von drei Jahren seit Abschluss der letzten Honorarfestsetzung zu prüfen,
- b) die Abrechnung über die Gesamtvergütung und die dazugehörigen Unterlagen bis zum Ablauf des auf den Eingang der Abrechnung folgenden Kalenderjahres zu prüfen.

(2) Die Krankenkassen sind berechtigt, bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung

- a) die Unterlagen, die Grundlage für die Vergütungsregelung waren, bis zum Ablauf von drei Jahren seit Abschluss der letzten Vergütungsregelung sowie die Unterlagen, die Grundlage für die Ermittlung des Leistungsbedarfs werden, zu prüfen,
- b) sich durch Einsicht in die Abrechnung und die dazugehörigen Unterlagen über die Verteilung der Gesamtvergütung bis zum Ablauf des auf den Eingang der Abrechnung folgenden Kalenderjahres zu unterrichten.

(3) Das Nähere zu Abs. 1 und 2 wird im Gesamtvertrag geregelt.

§ 29
Mitteilung über Disziplinarverfahren

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung wird in Fällen, in denen auf Anregung einer Krankenkasse oder eines Landesverbandes der Krankenkassen gegen einen Kassenzahnarzt wegen Verletzung kassenzahnärztlicher Pflichten ein Disziplinarverfahren eingeleitet wurde, die Krankenkasse oder deren Landesverband über die Einleitung und über das Ergebnis des Verfahrens unterrichten.

§ 30
Vertragsausschuss

(1) Zur Förderung einer vertrauensvollen Zusammenarbeit in der Durchführung dieses Vertrags und seiner Anlagen, zur Vorbereitung ihrer Anpassung an veränderte Verhältnisse und zur Vorbereitung des Abschlusses neuer Verträge oder Anlagen bilden die Parteien dieses Vertrages einen Vertragsausschuss.

(2) Der Vertragsausschuss besteht aus sechs Vertretern der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, drei Vertretern des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen und je einem Vertreter der Bundesverbände der Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen und landwirtschaftlichen Krankenkassen.

§ 31 Eigeneinrichtungen der Krankenkassen

- (1) Die Vorschriften dieses Vertrags gelten nicht für die kasseneigenen Zahnkliniken.
- (2) Die Inanspruchnahme der übrigen Einrichtungen der Krankenkassen oder ihrer Verbände können - soweit hierfür ein Bedürfnis besteht - die Krankenkassen oder ihre Verbände mit den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen in gemäß § 368 d Abs. 1 Satz 3 RVO zu schließenden Verträgen regeln.

§ 32 Inkrafttreten

Dieser Vertrag tritt mit dem 1. 1. 1986 als allgemeiner Inhalt der unter seinen Geltungsbereich fallenden Gesamtverträge in Kraft. Er löst den am 1. 6. 1962 in Kraft getretenen Bundesmantelvertrag, zuletzt geändert durch die Vereinbarung vom 3.10.1980, ab.

§ 33 Kündigung

- (1) Dieser Vertrag kann von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und von jedem beteiligten Bundesverband der Krankenkassen mit einer Frist von 6 Monaten zum Schluss eines Kalenderjahres gekündigt werden. Die Kündigung des Vertrags schließt die der Anlagen mit ein.
- (2) Sofern für die Anlagen nicht besondere Kündigungsfristen vereinbart werden, gilt Abs. 1 Satz 1 entsprechend.
- (3) Über die Fristen der Abs. 1 und 2 hinaus haben die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und jeder beteiligte Bundesverband das Recht, die Kündigung einer Anlage des Vertrags durch die andere Seite binnen 14 Tagen mit der Kündigung des Vertrags oder weiterer Anlagen zu beantworten.
- (4) Die Kündigung durch einen Bundesverband berührt die Weitergeltung des Vertrags und der Anlagen für die übrigen Bundesverbände nicht.
- (5) Die Kündigungen haben durch eingeschriebenen Brief an alle Vertragspartner zu erfolgen. Der die Kündigung des Vertrags aussprechende Partner hat hierüber gleichzeitig das Bundesschiedsamt durch eingeschriebenen Brief zu unterrichten.
- (6) Abs. 1 - 5 gelten nicht für den durch den Bewertungsausschuss vereinbarten einheitlichen Bewertungsmaßstab (Bema-Z).

Köln, Bonn-Bad Godesberg, Essen, Bergisch-Gladbach, Kassel, 13. 11. 1985

Kassenzahnärztliche
Bundesvereinigung

Bundesverband der
Ortskrankenkassen

Bundesverband der
Betriebskrankenkassen

Bundesverband der
Innungskrankenkassen

Bundesverband der
landwirtschaftlichen Krankenkassen

Die
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
und der
AOK-Bundesverband
Bundesverband der Betriebskrankenkassen
IKK-Bundesverband
Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen
sowie die
Bundesknappschaft

schließen als Anlage zum BMV-Z die nachstehende

Vereinbarung
über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen
(Individualprophylaxe):

in der Fassung der Änderungsvereinbarung vom 16.10.2003, gültig ab 01.01.2004

§ 1

Allgemeines

(1) Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) sind nach Maßgabe dieses Vertrages Gegenstand der vertragszahnärztlichen Versorgung.

(2) Für die Durchführung von Maßnahmen der Individualprophylaxe gelten die Individualprophylaxe-Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen.

§ 2

Nachweis der Anspruchsberechtigung

(1) Versicherte, die das 6., aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf Maßnahmen der Individualprophylaxe.

(2) Die Krankenkassen haben die Versicherten und die Erziehungsberechtigten anzuhalten,

a) den Vertragszahnarzt während eines laufenden Prophylaxeprogramms nur aus triftigem Grund zu wechseln,

b) dem Vertragszahnarzt das Bonusheft gem. § 3 unaufgefordert vorzulegen.

§ 3

Bonusheft

(1) Das Bonusheft zum Nachweis von Zahngesundheitsuntersuchungen dient dem Versicherten als Nachweis für den Anspruch auf erhöhte Zuschüsse zum Zahnersatz gem. § 30 SGB V.

(2) Der Vertragszahnarzt händigt jedem Versicherten, der das 12. Lebensjahr vollendet hat, ein Bonusheft aus. Die Ausgabe des Bonusheftes vermerkt er in den Patientenaufzeichnungen. Bei Versicherten, die das 12. Lebensjahr vollendet haben, trägt er für jedes Kalenderhalbjahr das Datum des Mundhygienestatus (Nr. IP 1) ein. Bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, trägt er jährlich das Datum einer zahnärztlichen Untersuchung gem. § 30 Abs. 2 SGB V ein. Die Eintragungen sind mit Zahnarzt-Stempel und Unterschrift zu versehen.

(3) Legt der Versicherte das Bonusheft nicht vor, so kann der Vertragszahnarzt dem Versicherten eine Ersatzbescheinigung über die Durchführung des Mundhygienestatus bzw. der zahnärztlichen Untersuchung ausstellen. In die Ersatzbescheinigung sind Name und Vorname des Versicherten einzutragen.

§ 4

Abrechnung

(1) Die Abrechnung der Individualprophylaxe-Leistungen erfolgt quartalsweise nach den für die Abrechnung konservierend-chirurgischer Leistungen geltenden Bestimmungen.

(2) *aufgehoben durch Vereinbarung vom 16.10.2003, gültig ab 01.01.2004*

(3)¹ Der erste Behandlungsabschnitt bei Beginn eines dreijährigen Individualprophylaxeprogramms besteht aus der Erstellung des Mundhygienestatus und - soweit angezeigt - aus der Mundgesundheitsaufklärung und ggf. der ersten Fluoridierung. Die weiteren Behandlungsabschnitte sollen sich in etwa halbjährlichen Abständen anschließen; sie bestehen aus der Erstellung des Mundhygienestatus und - soweit angezeigt - einer Mundgesundheitsaufklärung und ggf. einer Fluoridierung. Um den dauerhaften Erfolg der Individualprophylaxe zu gewährleisten, sollte der Zeitraum zwischen der Erstellung von zwei Mundhygienestatus möglichst vier Monate nicht unterschreiten. Fissurenversiegelungen können auch unabhängig von einem laufenden Individualprophylaxeprogramm erbracht werden.

(4) Die Anspruchsberechtigung eines Versicherten endet mit Vollendung des 18. Lebensjahres.

(5) Wird die Behandlung abgebrochen, können die bereits erbrachten Leistungen abgerechnet werden.

¹⁾ *geändert aufgrund einer Vereinbarung vom 16.10.2003, gültig ab 01.01.2004*

§ 5

Vergütung

(1) *aufgehoben durch Vereinbarung vom 16.10.2003, gültig ab 01.01.2004*

(2) Die für die Individualprophylaxe zu entrichtende Vergütung wird von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung für den Versicherten und gegenüber dem Vertragszahnarzt an die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen gezahlt.

(3) Bei der Bestimmung der Gesamtvergütung gem. § 85 Abs. 3 a Satz 5 SGB V werden Mehrausgaben für Leistungen nach § 22 SGB V für 6- bis 11jährige Versicherte, für Fissurenversiegelungen sowie der Zuwachs der Leistungsausgaben für 12- bis 19jährige Versicherte gegenüber 1992 zusätzlich berücksichtigt.

§ 6

Vordrucke

(1) Das Bonusheft erhält die aus Anlage 2 ersichtliche Fassung¹.

(2) Die Kosten der Vordrucke tragen die Krankenkassen

§ 7¹

Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2004 in Kraft.

¹⁾ *geändert aufgrund einer Vereinbarung vom 16.10.2003, gültig ab 01.01.2004*

Köln, Bonn, Essen, Bergisch Gladbach, Kassel, Bochum, 16.10.2003

¹ Vom Abdruck des Bonusheftes wurde abgesehen.

**Protokollnotiz
zum Vertrag über die Individualprophylaxe vom 17. 3. 93**

1. Die KZBV und die Spitzenverbände der Krankenkassen werden die Entwicklung der Ausgaben für die Maßnahmen nach diesem Vertrag sorgfältig beobachten und wissenschaftlich begleiten. Hierzu werden sie die Individualprophylaxe-Leistungen gesondert statistisch erfassen. Sie werden die Individualprophylaxe auf der Grundlage gemeinsam anerkannter Ergebnisse weiterentwickeln.

Die Ausgaben für Individualprophylaxe-Leistungen werden bei der Analyse der Mengenentwicklung der zahnärztlichen Behandlung als gesetzliche Leistungsausweitungen gem. § 85 Abs. 3 SGB V gesondert gewertet.

Die Vertragspartner werden gemeinsam unter Einbeziehung der Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleituntersuchung besondere Verfahren der Prüfung der Individualprophylaxe-Leistungen entwickeln. Dabei werden sie berücksichtigen, daß Versicherte gem. § 22 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen Anspruch auf regelmäßige Durchführung der Individualprophylaxe-Leistungen haben.

2. Auf die Angabe von Behandlungsdaten für Individualprophylaxe-Leistungen auf dem Krankenschein wird übergangsweise aus Platzgründen verzichtet. Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass ein neu zu erstellender Krankenschein auch die Datumsangaben regeln muss.
3. Arzneimittel (Lack, Gel o. ä.) zur lokalen Fluoridierung (Nr. IP 4) sind als Sprechstundenbedarf zu verordnen. Der Bezug dieses Sprechstundenbedarfs soll insbesondere bei pharmazeutischen Unternehmern und Großhändlern (Dentaldepots) gem. § 47 Abs. 1 Nr. 7 Arzneimittelgesetz erfolgen. Der Zahnarzt hat dafür Sorge zu tragen, dass diese Mittel wirtschaftlich - insbesondere in entsprechenden Packungsgrößen - bezogen werden.

**Beschluss des Bundesschiedsamtes
für die vertragszahnärztliche Versorgung vom 13.12.1993
zur Gewährleistung bei Füllungen und Zahnersatz**

Der Ausnahmekatalog nach § 135 Abs. 4 Satz 5 SGB V¹ wird wie folgt gefasst:

"Nach § 76 Abs. 4 SGB V ist der Zahnarzt dem Versicherten gegenüber zur Sorgfalt nach den Vorschriften des bürgerlichen Vertragsrechts verpflichtet. Die höchstrichterliche Rechtsprechung hat die Verpflichtung nach Dienstvertragsrecht beurteilt. Entsprechend § 135 Abs. 4 Satz 5 SGB V¹ werden die Ausnahmen von der 2jährigen Gewähr wie folgt bestimmt:

1. Füllungen

Wiederholungsfüllungen innerhalb von zwei Jahren können zu Lasten der Krankenkassen abgerechnet werden bei

- Milchzahnfüllungen,
- Zahnhalsfüllungen,
- mehr als dreiflächigen Füllungen,
- Eckenaufbauten im Frontzahnbereich unter Einbeziehung der Schneidekanten,
- Fällen, in denen besondere Umstände (z. B. Bruxismus oder Vorerkrankungen) vorliegen, die der Zahnarzt auf dem Krankenblatt festhält.

Wiederholungsfüllungen können nicht abgerechnet werden, wenn ein Verschulden des Zahnarztes festgestellt wird.

2. Zahnersatz

Die Antragsfrist bei dem Prothetik-Einigungsausschuss bzw. der zuständigen Stelle beträgt 24 Monate. Diese klären die Verschuldensfrage im Einzelfall."

Zum Beschluss des Bundesschiedsamtes für die vertragszahnärztliche Versorgung vom 13.12.1993 wird folgende Protokollnotiz vereinbart:²

"Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass die Gewährleistungsregelung nach Nr. 2 auch auf die ab 01.01.2004 in den Bewertungsmaßstab einbezogenen Adhäsivbrücken Anwendung findet."

¹ [ab 01.07.2008] § 137 Abs. 4 Satz 5 SGB V

² Vereinbarung vom 16.10.2003, gültig ab 01.01.2004

Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Datenübertragung

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)

und

**der Spitzenverband Bund der Krankenkassen
(GKV-Spitzenverband)**

vereinbaren als Bestandteil der Bundesmantelverträge den nachstehenden

**Vertrag
über den Datenaustausch auf Datenträgern
oder im Wege elektronischer Datenübertragung**

Abschnitt 1 Abrechnungsunterlagen

§ 1 Allgemeines zu Art und Inhalt der Abrechnungsunterlagen

- (1) Die Abrechnung zahnärztlicher Leistungen durch die an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte und zahnärztlich geleiteten Einrichtungen erfolgt nach den Bestimmungen des Bundesmantelvertrages-Zahnärzte im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern mit den Krankenkassen. Die gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen über Art und Umfang der Daten sind zu beachten.
- (2) Die Kassenzahnärztliche Vereinigung überprüft die gesamte vertragszahnärztliche Abrechnung. Die Gesamtvertragspartner sollen vereinbaren, dass die sachliche und gebührenordnungsmäßige Richtigkeit der abgerechneten Leistungen durch Einsatz der Prüfregeleinheiten des BEMA-Moduls in der Zahnarztpraxis und/oder in der Kassenzahnärztlichen Vereinigung unterstützt wird.

Das BEMA-Modul wird von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen erstellt.

Protokollnotiz:

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung informiert den GKV-Spitzenverband schriftlich über die Inhalte und Änderungen des BEMA-Moduls. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen informieren die Krankenkassen schriftlich über den Einsatz des BEMA-Moduls.

- (3) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen übermitteln die nach § 295 Abs. 2 SGB V vorgesehenen Daten an die Krankenkassen nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Vertrages.

Protokollnotiz:

Soweit andere Vergütungsregelungen als auf der Basis von Einzelleistungsvergütungen gemäß § 85 Abs. 2 SGB V durch die Gesamtvertragspartner getroffen werden, kann Abweichendes über Art und Umfang der Datenübermittlung vereinbart werden.

- (4) Die Regelungen zu § 85 Abs. 4b SGB V werden auf der Landesebene getroffen.

§ 2

Art und Inhalt der Abrechnungsunterlagen für konservierend chirurgische Leistungen einschließlich FU/IP

- (1) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erstellen für jede Krankenkasse je Behandlungsfall einen Datensatz mit dem Nachweis der von jedem Vertragszahnarzt und jeder zahnärztlich geleiteten Einrichtung abgerechneten Leistungen (Einzelfallnachweis). Dieser enthält folgende Angaben:
1. KZV-Nummer,
 2. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkassen,
 3. Krankenversichertennummer (bei Ersatzverfahren Name und Geburtsdatum des Versicherten),
 4. Versichertenart und besondere Personengruppe entsprechend der Kennzeichnung auf dem Versicherungsnachweis, sofern diese Daten in der Praxis erkennbar waren,
 5. Zahnarztnummer (verschlüsselt),
 6. Abrechnungsquartal,
 7. Leistungsquartal,
 8. Fallnummer,
 9. Abgerechnete Gebührennummern des BEMA, der GOÄ einschließlich des Tages der Behandlung und ggf. des Zahnbezuges, bei Füllungen einschließlich der Angabe der Füllungslage, gesondert abrechenbare Kosten einschließlich Art der Kosten je Behandlungsfall.

Protokollnotiz:

Die Vertragspartner sind sich einig, dass bei der Abrechnung von vertragszahnärztlichen Leistungen nach BEMA-Teil 1 auf die gesonderte Angabe des Befundes grundsätzlich verzichtet wird, weil sich der Befund aus den bei der Abrechnung anzugebenden Gebührennummern ergibt.

10. Kosten der Behandlung (Fallwert in Punkten oder EUR nach Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit durch die KZV),
11. Röntgenbegründung,
12. Art der Inanspruchnahme (z. B. Notfall),
13. Angabe Unfall / Unfallfolge,

Nrn. 14 und 15 aufgehoben zum 01.01.2013 durch Gesetz vom 20.12.2012, Vereinbarung vom 23.04.2013

- (2) Die Verschlüsselung der Zahnarztnummer gemäß Absatz 1 Nr. 5 legt die Kassenzahnärztliche Vereinigung fest.

Dabei ist sicherzustellen, dass auf Verlangen einer Krankenkasse die zahnarztbezogene Zuordnung der zurückliegenden Abrechnungsquartale (bis zu zwölf Quartale) erfolgt.

- (3) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erstellen für jede Krankenkasse eine Gesamtrechnung bestehend aus:

1. Fallzahl,
2. Punktsummen und jeweils gültigem Punktwert,
3. Summen der gesondert abgerechneten Kosten in EUR,
4. Gesamtbetrag, errechnet aus 2. und 3.,
5. Teilrechnungen für besondere Personenkreise nach Kennzeichnung 4, 6, 7 und 8 auf dem Versicherungsnachweis (analog zu 1. bis 4.),
6. Teilrechnungen nach dem Status M, F, R und für fehlenden Status (analog zu 1. bis 4.),
7. *aufgehoben zum 01.01.2013 durch Gesetz vom 20.12.2012, Vereinbarung vom 23.04.2013*
8. Rechnungsbetrag, errechnet aus 4. und 7.,
9. Datum der Rechnungsstellung.

§ 3

Art und Inhalt der Abrechnungsunterlagen für Leistungen bei Kieferbruch und Kiefergelenkerkrankungen

- (1) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erstellen für jede Krankenkasse je Behandlungsfall einen Datensatz mit dem Nachweis der von jedem Vertragszahnarzt und jeder zahnärztlich geleiteten Einrichtung abgerechneten Leistungen (Einzelfallnachweis). Dieser enthält folgende Angaben:
 1. KZV-Nummer,
 2. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkassen,
 3. Krankenversichertennummer (bei Ersatzverfahren Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten),
 4. Versichertenart und besondere Personengruppe entsprechend der Kennzeichnung auf dem Versicherungsnachweis, sofern diese Daten in der Praxis erkennbar waren,
 5. Zahnarztnummer (verschlüsselt),
 6. Monat der Abrechnung,
 7. Fallnummer,
 8. Ausstellungsdatum des Behandlungsplanes,
 9. Abgerechnete Gebührennummern des BEMA für Leistungen bei Kieferbruch und Kiefergelenkerkrankungen einschließlich des Tages der Behandlung und ggf. des Zahnbezuges sowie gesondert abrechenbare Kosten einschließlich Art der Kosten,
 10. Kosten des Eigenlabors in EUR sowie deren Einzelangaben (abgerechnete BEL-Nrn. einschließlich Kosten je Materialbezeichnung),
 11. Kosten des Fremdlabors in EUR (Sofern gesamtvertraglich nicht anders vereinbart ist die spezifizierte Rechnung unter Herstellung des Versichertenbezuges beizufügen.),
 12. Kosten der Behandlung (Fallwert in Punkten oder EUR nach Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit durch die KZV),

- (2) Die Verschlüsselung der Zahnarztnummer gemäß Absatz 1 Nr. 5 legt die Kassenzahnärztliche Vereinigung fest.

Dabei ist sicherzustellen, dass auf Verlangen einer Krankenkasse die zahnarztbezogene Zuordnung der zurückliegenden Abrechnungsquartale (bis zu zwölf Quartale) erfolgt.

- (3) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erstellen für jede Krankenkasse eine Gesamtrechnung bestehend aus:
 1. Fallzahl,
 2. Punktsummen und jeweils gültigem Punktwert,
 3. Summen in EUR getrennt nach Kosten für das Fremdlabor und Eigenlabor sowie der gesondert abgerechneten Kosten,
 4. Rechnungsbetrag (Gesamtbetrag errechnet aus 2. und 3.),

5. Teilrechnungen für besondere Personenkreise nach Kennzeichnung 4, 6, 7 und 8 auf dem Versicherungsnachweis (analog zu 1. bis 4.),
6. Teilrechnungen nach dem Status M, F, R und für fehlenden Status (analog zu 1. bis 4.),
7. Datum der Rechnungsstellung.

§ 4

Art und Inhalt der Abrechnungsunterlagen für kieferorthopädische Leistungen

- (1) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erstellen für jede Krankenkasse je Behandlungsfall einen Datensatz mit dem Nachweis der von jedem Vertragszahnarzt und jeder zahnärztlich geleiteten Einrichtung abgerechneten Leistungen (Einzelfallnachweis). Dieser enthält folgende Angaben:
1. KZV-Nummer,
 2. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkassen,
 3. Krankenversichertennummer (bei Ersatzverfahren Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten),
 4. Versichertenart und besondere Personengruppe entsprechend der Kennzeichnung auf dem Versicherungsnachweis, sofern diese Daten in der Praxis erkennbar waren,
 5. Zahnarztnummer (verschlüsselt),
 6. Abrechnungsquartal,
 7. Leistungsquartal,
 8. Fallnummer,
 9. Ausstellungsdatum des Behandlungsplanes bzw. des Verlängerungsantrages, Datum des Beginns und des Endes der Behandlung,
 10. Abschlagskennzeichen (Regel-, Früh-, Verlängerungsbehandlung) und -nummer oder Leerquartalszeichen oder Notfallvertretungskennzeichen oder Kennzeichen, falls nur Diagnostik bzw. Einzelmaßnahmen außerhalb der Kfo-Behandlung,
 11. Begleitleistungen bzw. Einzelmaßnahmen außerhalb der Kfo-Behandlung (abgerechnete Gebührennummern für konservierend chirurgische Leistungen einschließlich FU/IP des BEMA, der GOÄ einschließlich des Tages der Behandlung und ggf. des Zahnbezuges, bei Füllungen einschließlich der Angabe der Füllungslage, gesondert abrechenbare Kosten einschließlich Art der Kosten),
 12. Kosten der Begleitleistungen (in Punkten oder EUR),
 13. abgerechnete Gebührennummern des BEMA für kieferorthopädische Leistungen einschließlich eines Kennzeichens für nicht genehmigungspflichtige außerplanmäßige Leistungen (ggf. mit Zahnbezug) und deren Punktsomme mit Angabe der Punktwertes,
 14. Kosten des Eigenlabors in EUR sowie ggf. deren Einzelangaben (abgerechnete BEL-Nrn. einschließlich Kosten je Materialbezeichnung) sofern gesamtvertraglich nicht anders vereinbart,
 15. Kosten des Fremdlabors in EUR (Sofern gesamtvertraglich nicht anders vereinbart, ist die spezifizierte Rechnung unter Herstellung des Versichertenbezuges beizufügen.),
 16. Kosten der kieferorthopädischen Leistungen, errechnet aus 13., 14. und 15. sowie Kassen- und Versichertenanteile einschließlich des zugrundeliegenden Kassenzuschusses in Prozent,
 17. Fallwert (Summe aus 12. und 16.) in EUR nach Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit durch die KZV),
 18. Kennzeichen für spezielle Abrechnungsverträge,

Nrn. 19 und 20 aufgehoben zum 01.01.2013 durch Gesetz vom 20.12.2012, gem. Vereinbarung vom 23.04.2013

- (2) Die Verschlüsselung der Zahnarztnummer gemäß Absatz 1 Nr. 5 legt die Kassenzahnärztliche Vereinigung fest.

Dabei ist sicherzustellen, dass auf Verlangen einer Krankenkasse die zahnarztbezogene Zuordnung der zurückliegenden Abrechnungsquartale (bis zu zwölf Quartale) erfolgt.

- (3) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erstellen für jede Krankenkasse eine Gesamtrechnung bestehend aus:
1. Fallzahl,
 2. Punktsummen und jeweils gültigem Punktwert, getrennt nach kieferorthopädischen, individualprophylaktischen/Früherkennungsmaßnahmen und konservierend/chirurgischen Leistungen,
 3. Summen in EUR getrennt nach Kosten für das Fremdlabor und Eigenlabor sowie der gesondert abgerechneten Kosten,
 4. Gesamtbetrag, errechnet aus 2. und 3.,
 5. Teilrechnungen für besondere Personengruppen nach Kennzeichnung 4, 6, 7 und 8 auf dem Versicherungsnachweis (analog zu 1. bis 4.),
 6. Teilrechnungen nach dem Status M, F, R und für fehlenden Status (analog zu 1. bis 4.),
 7. *aufgehoben zum 01.01.2013 durch Gesetz vom 20.12.2012, gem. Vereinbarung vom 23.04.2013*
 8. Rechnungsbetrag, errechnet aus 4. und 7.,
 9. Datum der Rechnungsstellung.

§ 5

Art und Inhalt der Abrechnungsunterlagen für PAR-Leistungen

- (1) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erstellen für jede Krankenkasse je Behandlungsfall einen Datensatz mit dem Nachweis der von jedem Vertragszahnarzt und jeder zahnärztlich geleiteten Einrichtung abgerechneten Leistungen (Einzelfallnachweis). Dieser enthält folgende Angaben:

1. KZV-Nummer,
2. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkassen,
3. Krankenversichertennummer (bei Ersatzverfahren Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten),
4. Versichertenart und besondere Personengruppe entsprechend der Kennzeichnung auf dem Versicherungsnachweis, sofern diese Daten in der Praxis erkennbar waren,
5. Zahnarztnummer (verschlüsselt),
6. Monat der Abrechnung,
7. Fallnummer,
8. Ausstellungsdatum des Behandlungsplanes sowie Datum des Endes der Behandlung,
9. Therapieergänzungskennzeichen,
10. Geplante und abgerechnete Gebührennummern des BEMA für Leistungen zur systematischen Behandlung von Parodontopathien,
11. Ggf. gesondert abrechenbare Kosten in EUR,
12. Kosten der Behandlung (Fallwert in Punkten oder EUR nach Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit durch die KZV).

- (2) Die Verschlüsselung der Zahnarztnummer gemäß Absatz 1 Nr. 5 legt die Kassenzahnärztliche Vereinigung fest.

Dabei ist sicherzustellen, dass auf Verlangen einer Krankenkasse die zahnarztbezogene Zuordnung der zurückliegenden Abrechnungs quartale (bis zu zwölf Quartale) erfolgt.

- (3) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erstellen für jede Krankenkasse eine Gesamtrechnung bestehend aus:
1. Fallzahl,
 2. Punktsummen und jeweils gültigem Punktwert,
 3. Summen der gesondert abgerechneten Kosten in EUR,
 4. Rechnungsbetrag (Gesamtbetrag errechnet aus 2. und 3.),
 5. Teilrechnungen für besondere Personengruppen nach Kennzeichnung 4, 6, 7 und 8 auf dem Versicherungsnachweis (analog zu 1. bis 4.),
 6. Teilrechnungen nach dem Status M, F, R und für fehlenden Status (analog zu 1. bis 4.),
 7. Datum der Rechnungsstellung.

§ 6

Art und Inhalt der Abrechnungsunterlagen für Zahnersatz-Leistungen nach § 55 SGB V

- (1) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erstellen für jede Krankenkasse je Behandlungsfall einen Datensatz mit dem Nachweis der von jedem Vertragszahnarzt und jeder zahnärztlich geleiteten Einrichtung abgerechneten Leistungen (Einzelfallnachweis). Dieser enthält folgende Angaben:
1. KZV-Nummer,
 2. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkassen,
 3. Krankenversichertennummer (bei Ersatzverfahren Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten),
 4. Versichertenart und besondere Personengruppe entsprechend der Kennzeichnung auf dem Versicherungsnachweis, sofern diese Daten in der Praxis erkennbar waren,
 5. Zahnarztnummer (verschlüsselt),
 6. Monat und ggf. Nummer der Abrechnung,
 7. Fallnummer,
 8. Ausstellungsdatum des Heil- und Kostenplanes,
 9. Eingliederungsdatum und Herstellungsort bzw. Herstellungsland des Zahnersatzes,
 10. Angabe Unfall oder Unfallfolge / Berufskrankheit,
 11. Angabe Versorgungsleiden,
 12. Kennzeichnung bei Verwendung von Nichtedelmetall (NEM),
 13. Kennzeichen im Falle von Teilleistungen und ggf. Erklärung, warum es nicht zur Vollendung der vorgesehenen Leistungen gekommen ist,
 14. Angabe des/der Befunde(s) für die Festzuschüsse (gemäß HKP II) einschließlich der Zahn-/Gebietsbezeichnung einschließlich der Festzuschussbeträge in EUR,
 15. dto. für nachträgliche Befunde,
 16. Angabe Bonus in Prozent bzw. Härtefall,
 17. Kennzeichen, dass keine GOZ-Leistungen enthalten sind,
 18. Gesamtsumme entsprechend der Zeile 7 aus Abschnitt V des HKPs,
 19. Festzuschuss der Kasse in EUR (höchstens Wert wie in Nr. 18),
 20. Versichertenanteil in EUR (Differenz Nr. 18 abzüglich Nr. 19).
 21. In allen Behandlungsfällen sind das Zahnarzt Honorar entsprechend Zeile 1, das Zahnarzt Honorar zusätzliche Leistungen entsprechend Zeile 2, sowie die Versandkosten entsprechend Zeile 6 des Abschnittes V des Heil- und Kostenplans anzugeben.

In allen Härtefällen und in allen Fällen der nicht bewilligungsbedürftigen Wiederherstellungen/Erweiterungen sind darüber hinaus die Kosten des Eigenlabors und des Fremdlabors in EUR anzugeben.

Bis zur Umsetzung einer papierlosen Regelung mit den gewerblichen Laboratorien und einer entsprechenden Regelung für Eigenlabore sind bei der Abrechnung von Leistungen in Härtefällen oder zum Zweck von nicht bewilligungsbedürftigen Wiederherstellungen/Erweiterungen, Kopien der Rechnungen für die zahntechnischen Leistungen unter Herstellung des Versichertenbezuges beizufügen. Diese können auch als elektronische Dokumente, beispielsweise in Form von PDF Dateien, mit versandt werden.

Protokollnotiz:

Aus datenschutzrechtlichen Gründen wird der Versichertenbezug dadurch sichergestellt, dass in der Papierabrechnung Kopien der Zahntechnik-Rechnung oder der Eigenbelege fest mit dem Heil- und Kostenplan verbunden werden. Die Vertragspartner werden hierüber neu verhandeln, wenn die Papierformulare bei der Abrechnung wegfallen.

- (2) Die Verschlüsselung der Zahnarztnummer gemäß Absatz 1 Nr. 5 legt die Kassenzahnärztliche Vereinigung fest.
Dabei ist sicherzustellen, dass auf Verlangen einer Krankenkasse die zahnarztbezogene Zuordnung der zurückliegenden Abrechnungsquartale (bis zu zwölf Quartale) erfolgt.
- (3) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erstellen für jede Krankenkasse eine Gesamtrechnung bestehend aus:
 1. Fallzahl,
 2. Summe der Versichertenanteile in EUR,
 3. Rechnungsbetrag in EUR (Summe der abgerechneten Festzuschüsse/Kosten),
 4. Teilrechnungen für besondere Personengruppen nach Kennzeichnung 4, 6, 7 und 8 auf dem Versicherungsnachweis (analog zu 1. bis 3.),
 5. Teilrechnungen nach dem Status M, F, R und für fehlenden Status (analog zu 1. bis 3.),
 6. Datum der Rechnungsstellung.

§ 7 aufgehoben zum 01.01.2013 durch Gesetz vom 20.12.2012, gem. Vereinbarung vom 23.04.2013

§ 8 Übermittlung der Datensätze

- (1) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen übermitteln den jeweiligen Krankenkassen oder den von ihnen benannten Stellen im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern die jeweiligen Gesamtrechnungen gemäß den Absätzen 3 der §§ 2 bis 6 dieses Vertrages zusammen mit den jeweiligen Einzelfallnachweisen gemäß den Absätzen 1 der §§ 2 bis 6 dieses Vertrages.
- (2) Die Weiterleitung der Daten nach Absatz 1 kann unter Beachtung der Vorschriften des § 80 SGB X auch unmittelbar an eine von der Krankenkasse mit der Datenverarbeitung beauftragte Stelle erfolgen.

§ 9

Verbot der Zusammenführung der Daten

- (1) *aufgehoben zum 01.01.2013 durch Gesetz vom 20.12.2012, gem. Vereinbarung vom 23.04.2013*
- (2) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen liefern in Einzelfällen den Krankenkassen auf Anforderung unter Angabe des Verwendungszwecks in Form von Begründungsnummern gemäß vereinbartem Katalog laut Anlage die unverschlüsselte Zahnarzt Nummer des Zahnarztverzeichnisses nach § 11 dieses Vertrages.
- (3) Zu den Anforderungen nach Absatz 2 hat die Krankenkasse folgende Daten aus dem jeweiligen Einzelfallnachweis nach § 2 Absatz 1 dieses Vertrages anzugeben:
 1. KZV-Nummer,
 2. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkasse.
 3. Krankenversicherternummer (bei Ersatzverfahren Name und Geburtsdatum des Versicherten),
 4. Abrechnungsquartal,
 5. Leistungsquartal,
 6. Fallnummer,
 7. Zahnarzt Nummer (verschlüsselt).
- (4) Die Voraussetzungen der Begründungsnummer 601 der Anlage zu § 9 Abs. 2 dieses Vertrages sind dann erfüllt, wenn in begründeten Fällen seitens der Krankenkasse konkrete Anhaltspunkte für Fehlabbrechnungen oder Vertragsverletzungen aufgezeigt werden.

Abschnitt 2

Zufälligkeitsprüfung

nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V

§ 10

Art und Inhalt der Prüfunterlagen

- (1) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen übermitteln den Prüfungsstellen nach § 106 Abs. 4a SGB V im Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern quartalsweise eine Liste der Vertragszahnärzte, die gemäß § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V in die Zufälligkeitsprüfung einbezogen werden, und aus den Abrechnungen dieser Vertragszahnärzte je Zahnarzt folgende Daten:
 1. Leistungsquartal,
 2. KZV-Nummer,
 3. Zahnarzt Nummer,
 4. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkasse,
 5. Krankenversicherternummer (bei Ersatzverfahren Name und Geburtsdatum des Versicherten),
 6. Abgerechnete Gebührennummern des BEMA, der GOÄ je Behandlungsfall einschließlich des Tages der Behandlung und des Zahnbezugs (ohne IP-Positionen).

Protokollnotiz:

Die Vertragspartner sind sich einig, dass bei der Abrechnung von vertragszahnärztlichen Leistungen nach BEMA-Teil 1 auf die gesonderte Angabe des Befundes grundsätzlich verzichtet wird, weil sich der Befund aus den bei der Abrechnung anzugebenden Gebührennummern ergibt.

Die Daten sind jeweils für den Zeitraum eines Jahres zu übermitteln.

- (2) Die Krankenkassen übermitteln den Prüfungsstellen nach § 106 Abs. 4a SGB V im Wege der elektronischen Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern von den in die Prüfung nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V einbezogenen Vertragszahnärzten quartalsweise je Zahnarzt folgende Daten:
1. Zahnarztnummer,
 2. Verordnungsquartal,
 3. Institutionskennzeichen (IK),
 4. Krankenversichertennummer (bei Ersatzverfahren Name und Geburtsdatum des Versicherten),
 5. Status (M/F/R),
 6. Zahl der zahnärztlich verordneten Arzneimittel (inkl. Verbandmittel) und SSB, gesamt und getrennt nach Arznei- bzw. Verbandmittel und SSB,
 7. Bruttowert der zahnärztlich verordneten Arzneimittel (inkl. Verbandmittel), gesamt und getrennt nach Arznei- und Verbandmittel.
- Die Daten sind jeweils für den Zeitraum eines Jahres zu übermitteln.
- (3) Die versichertenbezogene Übermittlung von Angaben über zahnärztliche und zahnärztlich verordnete Leistungen an die Prüfungsstellen nach § 106 Abs. 4a SGB V ist nur zulässig, soweit die Wirtschaftlichkeit oder Qualität der zahnärztlichen Behandlungs- oder Ordnungsweise im Einzelfall zu beurteilen ist.
- (4) Daten nach Absatz 1 über zahnärztliche und Daten nach Absatz 2 über zahnärztlich verordnete Leistungen dürfen, soweit sie versichertenbezogen sind, auf maschinell verwertbaren Datenträgern bei den Prüfungsstellen nach § 106 Abs. 4a SGB V nur zusammengeführt werden, soweit dies zur Durchführung der Prüfungen nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V erforderlich ist.

Abschnitt 3 Zahnarztverzeichnis

§ 11 Art, Inhalt und Übermittlung

- (1) Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung stellt dem GKV-Spitzenverband eine Datei mit einem bundesweiten Verzeichnis der an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte und zahnärztlich geleiteten Einrichtungen gemäß § 293 Abs. 4 SGB V auf maschinell verwertbaren Datenträgern zur Verfügung.
- (2) Das Nähere regelt die Technische Anlage.
- (3) Die Weiterleitung der Daten nach Abs. 1 kann unter der Beachtung der Vorschriften des § 80 SGB X gemäß besonderer Regelungen nach Anlage zu diesem Vertrag unmittelbar an eine von dem GKV-Spitzenverband mit der Datenverarbeitung beauftragte Stelle erfolgen.

Abschnitt 4 Nutzung, Speicherung und Löschung von Daten

§ 12 Nutzung, Speicherung und Löschung von Daten

- (1) Die nach diesem Vertrag rechtmäßig erhobenen versichertenbezogenen Daten dürfen jeweils nur zu den Zwecken verwendet werden, zu denen sie rechtmäßig erhoben wor-

den sind, für andere Zwecke nur, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches angeordnet oder erlaubt ist.

- (2) Die Krankenkasse speichert die Daten der Einzelfallnachweise gemäß § 2 Abs. 1 dieses Vertrages für einen Zeitraum von höchstens drei Jahren, beginnend nach dem Ende des jeweiligen Geschäftsjahres. Nach Ablauf von zwölf Quartalen werden die Daten von der Krankenkasse quartalsweise fortlaufend gelöscht.
- (3) Daten sind entsprechend § 304 SGB V zu löschen, wenn ihre Kenntnis für die speichernde Stelle zur Erfüllung der in ihrer Zuständigkeit liegenden Aufgaben nicht mehr erforderlich ist.

Abschnitt 5 Statistische Daten

§ 13 Übermittlung statistischer Daten auf Landesebene

- (1) Soweit die Partner der Gesamtverträge nichts Abweichendes vereinbaren, erhalten die Landesverbände der Krankenkassen/Verbände der Ersatzkassen für statistische Zwecke von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen auf maschinell verwertbaren Datenträgern, getrennt nach den einzelnen BEMA-Teilen (1 bis 4), für jede Kassenart und kassenartenübergreifend:
 1. die Frequenzstatistik (Aufgliederung nach Gebührennummern) je Zahnarzt und insgesamt,
 2. die Anzahl der Behandlungsfälle,
 3. die Zahl der abgerechneten Punkte,
 4. die Vergütung, getrennt nach Honorar-, Material- und Laborkosten und
 5. die Zahl der Vertragszahnärzte.
- (2) Die Weiterleitung der Daten nach Absatz 1 kann unter Beachtung der Vorschriften des § 80 SGB X gemäß besonderer Regelungen nach Anlage zu diesem Vertrag auch unmittelbar an eine von den Krankenkassen mit der Datenverarbeitung beauftragten Stelle erfolgen.
- (3) Weitergehende Regelungen können vereinbart werden.

Abschnitt 6 Technische Durchführung des Vertrages

§ 14 Technische und organisatorische Form der Datenübermittlung

- (1) Die technische und organisatorische Form sowie die Kontroll- und Berichtigungsverfahren der Datenübermittlung werden in Anlagen zu diesem Vertrag geregelt. Sie sind Bestandteil dieses Vertrages.
- (2) Hinsichtlich der technischen und organisatorischen Form der Datenübermittlung sind Verschlüsselungsmaßnahmen gemäß der Anlage zu § 78 a SGB X zu treffen, die geeignet sind zu verhindern, dass bei der Übertragung der Daten sowie beim Transport von Datenträgern die Daten unbefugt gelesen, kopiert, verändert oder gelöscht werden können (Transportkontrolle). In der Technischen Anlage wird hierzu festgelegt, welcher Mindeststandard für die Verschlüsselung der Daten erfolgt.

- (3) Die Vertragspartner streben für die Verschlüsselung ein Krypto-Verfahren an. Solange dieses Verfahren noch nicht realisiert ist, ist sicherzustellen, dass die übermittelnde Stelle einen geheimen Algorithmus verwendet. Für die Beachtung des Mindeststandards bei der Verschlüsselung ist die nach den gesamtvertraglichen Bestimmungen für die Übermittlung jeweils zuständige Stelle verantwortlich. Eine Datenübermittlung mittels Fernübertragung ist erst dann zulässig, wenn die Vertragspartner gemeinsam feststellen, dass ein geeignetes Verfahren zur Datenverschlüsselung zur Verfügung steht. Auf der Grundlage der Technischen Anlage zur Vereinbarung über den Risikostrukturausgleich vom 07.12.1994 werden zwischen den Vertragspartnern weitere Einzelheiten zur Technik der Datenträger und der Datenformate sowie der Datenübermittlung festgelegt.

Abschnitt 7 Inkrafttreten und Übergangsregelung

§ 15 Inkrafttreten

Dieser Vertrag tritt in seiner geänderten Fassung am 01.07.2010 in Kraft und wird von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband veröffentlicht.

§ 16 Übergangsregelung

Wenn und solange die Voraussetzungen für eine Abrechnung nach den Bestimmungen dieses Vertrages durch die Vertragspartner noch nicht erfüllt sind, gilt das jeweilige bisher vereinbarte Abrechnungsverfahren weiter.

Anlage zum Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern

Begründungsnummern zur Entschlüsselung der Zahnarzt Nummer des Einzelfallnachweises auf Anforderung gemäß § 9 Absatz 2

- | | | |
|-----|---|---|
| 500 | ■ | Prüfung auf sonstigen Schaden mit entsprechender Begründung

Auffälligkeiten/Missbrauch
- SGB X § 69 ff. - |
| 601 | ■ | begründeter Verdacht auf
Fehlabrechnungen/Vertragsverletzungen durch Vertragszahnärzte |
| 611 | ■ | Verdacht auf Leistungerschleichung durch Mitglieder/Patienten |

Köln, Berlin, 10.06.2010

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

GKV-Spitzenverband

**Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)
und
der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)
vereinbaren als Bestandteil der Bundesmantelverträge die nachstehende**

**Vereinbarung zur Einführung der papierlosen Abrechnung,
gültig ab dem 01.01.2012**

Präambel

Die Vertragspartner haben mit dem Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Datenübertragung vom 01. Juli 2010 (DTA-Vertrag) die Voraussetzungen für eine elektronische Übermittlung der Abrechnungsdaten zwischen Kassenzahnärztlicher Vereinigung (KZV) und Krankenkasse in allen Leistungsbereichen geschaffen. Die technischen Voraussetzungen für eine Abrechnung nach den Bestimmungen des DTA-Vertrages sind zum 01. Januar 2012 erfüllt. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass ab diesem Zeitpunkt das bisher in den Bundesmantelverträgen vereinbarte Abrechnungsverfahren zwischen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen obsolet wird. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung hat darüber hinaus die Voraussetzungen geschaffen, um die Abrechnung zwischen Vertragszahnarzt und KZV ab dem 01. Januar 2012 grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübertragung zu gewährleisten. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass mit der Umsetzung des DTA-Vertrages auch die Abrechnung zwischen Vertragszahnarzt und Kassenzahnärztlicher Vereinigung grundsätzlich papierlos erfolgt. Vor diesem Hintergrund schließen die Vertragspartner zur Umsetzung des DTA-Vertrages folgende „Vereinbarung zur Einführung der papierlosen Abrechnung“ als Bestandteil des allgemeinen Inhalts der Gesamtverträge.

§ 1

Umsetzung des DTA-Vertrages

Die Umsetzung des DTA-Vertrages vom 01. Juli 2010 erfolgt ab dem 01. Januar 2012. Ab diesem Zeitpunkt erfolgt die Abrechnung vertragszahnärztlicher Leistungen zwischen KZV und Krankenkasse nach den Regelungen des DTA-Vertrages, der Technischen Anlage zum DTA-Vertrag und den nachfolgenden Bestimmungen. Mit der Umsetzung des DTA-Vertrages erfolgt die Abrechnung zwischen Vertragszahnarzt und KZV ab dem 01. Januar 2012 grundsätzlich elektronisch nach Maßgabe folgender Regelungen.

§ 2

Bestimmungen über die edv-mäßige Erstellung der Abrechnung

- (1) Die Abrechnungsdaten, die Bestandteil der Abrechnungsvordrucke für konservierend-chirurgische Leistungen (Muster 1: Erfassungsschein kons./chir.), für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch (Muster 3 b: Abrechnungsformular für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch) gemäß Anlage 2 zum BMV-Z/EKVZ in der Fassung vom 01. Januar 2004 sind, werden vom Zahnarzt an die KZV grundsätzlich elektronisch oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt. Gleiches gilt für die Abrechnungsdaten, die Bestandteil des Kfo-Abrechnungsscheines für kieferorthopädische Leistungen gemäß Muster 4 der Anlage 2 zum BMV-Z/ Anlage 9 a EKVZ sind und für die Abrechnungsdaten auf Blatt 2 des Parodontalstatus gemäß Anlage 10 b BMV-Z/EKVZ, sowie die Abrechnungsdaten unter Abschnitt V des Heil- und Kostenplanes gemäß der Vereinbarung zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband nach § 87 Abs. 1 a SGB V über die Versorgung mit Zahnersatz (Anlage 3 zum BMV-Z/Anlage 4 EKVZ). Im Übrigen richten sich die zu übermittelnden Daten nach dem zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband geschlossenen DTA-Vertrag vom 01. Juli 2010.

- (2) Für die edv-mäßige Erstellung der Abrechnung zwischen Vertragszahnarzt und KZV gilt grundsätzlich die Anlage 2 zum BMV-Z/EKVZ in der Fassung vom 01. Januar 2012 als Bestandteil dieser Vereinbarung. Die datenschutzrechtlichen Vorschriften für Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten sind zu beachten.
- (3) Die Verpflichtung des Vertragszahnarztes, der Abrechnung die ordnungsgemäß ausgefüllten Abrechnungsvordrucke beizufügen (vgl. § 16 Abs. 1 EKVZ), entfällt. Ebenso entfällt die Verpflichtung der KZVen, diese Abrechnungsunterlagen an die Krankenkassen zu übermitteln (vgl. § 27 BMV-Z, § 17 Abs. 1 EKVZ). Für die Aufbereitung der Abrechnungsdaten durch die KZVen gilt der DTA- Vertrag in seiner jeweils gültigen Fassung.

§ 3

Elektronische Abrechnung von Material- und Laborkosten der Leistungsbereiche BEMA-Z Teile 2, 3 und 5

- (1) Die Vertragszahnärzte übermitteln die abrechnungsrelevanten Daten des zahntechnischen Labors bzw. des praxiseigenen Labors grundsätzlich im Wege der elektronischen Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern.
- (2) Die Anlage 1 des EKVZ bzw. die bestehenden gesamtvertraglichen Regelungen im Primärkassenbereich zur Abrechnung von Material- und Laborkosten bleiben unberührt. Sie ist den Erfordernissen eines papierlosen Abrechnungsverfahrens anzupassen.

§ 4

Übergangsregelungen

- (1) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen können für Fälle, in denen die Übermittlung von Abrechnungsdaten durch den Vertragszahnarzt an die KZV gemäß § 2 Abs. 1 dieser Vereinbarung nicht elektronisch oder maschinell auf Datenträgern erfolgt das Verfahren der Datenlieferung bestimmen.
- (2) Kosten des Eigenlabors und des Fremdlabors in EUR sowie deren Einzelangaben (abgerechnete L-Nrn, einschließlich Kosten je Materialbezeichnung) sind den Krankenkassen ab dem 01. Januar 2012 grundsätzlich im Wege der elektronischen Datenübertragung zu übermitteln. Eine gesonderte Übertragung der Rechnungsdaten des gewerblichen Labors auf maschinell verwertbaren Datenträgern, auch als Bilddokument, ist als Übergangsregelung möglich, wenn diese Daten den übrigen Abrechnungsdaten versichertenbezogen elektronisch zugeordnet werden. Eine Übertragung der Rechnungsdaten des gewerblichen Labors in Papierform ist nur noch in Ausnahmefällen möglich, wenn in der Abrechnung eine versichertenbezogene Zuordnung mit den sonstigen Abrechnungsdaten gewährleistet ist.
- (3) Die Vereinbarung zur Einführung der papierlosen Abrechnung gilt für alle vertragszahnärztlichen Leistungen, die nach dem 31. Dezember 2011 erbracht und abgerechnet werden.

§ 5

Inkrafttreten

Dieser Vertrag tritt am 1. Januar 2012 in Kraft.

Köln, Berlin 12.07.2011

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

GKV-Spitzenverband

Ergänzende Vereinbarung

zur Einführung der papierlosen Abrechnung entsprechend des Vertrags über den Datenaustausch auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Abrechnung

zwischen der

Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, K. d. ö. R. (KZBV), Köln

und

dem GKV-Spitzenverband, Berlin

Die KZBV und der GKV-Spitzenverband haben am 12.07.2011 eine Vereinbarung zur Einführung der papierlosen Abrechnung ab dem 01.01.2012 geschlossen.

Die vereinbarungsgemäße Umsetzung zum 01.01.2012 kann im Bereich der Monatsabrechnungen KBR, PAR und ZE nicht realisiert werden. Für die quartalsgebundene Abrechnung Kieferorthopädie kommt es zu keiner Verschiebung.

Die nachfolgende Vereinbarung ergänzt die zwischen den Partnern der Bundesmantelverträge abgeschlossene Vereinbarung zur Einführung der papierlosen Abrechnung vom 12.07.2011.:

1. Abweichend von dem in § 1 der Vereinbarung zur Einführung der papierlosen Abrechnung vom 12.07.2011 genannten Termin erfolgt die Abrechnung vertragszahnärztlicher Leistungen für die Bema-Teile 2, 4 und 5 zwischen KZV und Krankenkasse ab dem 01.02.2012, d. h. mit der Monatsabrechnung Februar 2012 der Zahnärzte, nach den Regelungen des zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband geschlossenen Vertrags über den Datenaustausch auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Datenübertragung (DTA-Vertrag) in der Fassung vom 01.07.2010 sowie der Vereinbarung zur Einführung der papierlosen Abrechnung vom 12.07.2011. Für den Bema-Teil 3 bleibt es bei dem im DTA-Vertrag vereinbarten Beginn ab dem 01.01.2012.

Als Monatsabrechnung wird der Zeitraum definiert, in dem die Zahnärzte für den jeweiligen Monat zu den vertraglich vereinbarten Terminen ihre Abrechnung bei der KZV einzureichen haben.

Für die im Rahmen der Monatsabrechnung Januar 2012 an die Krankenkassen übermittelten Papierabrechnungen gilt, dass diese in Inhalt und Umfang dem bis Dezember 2011 gelieferten Rahmen zu entsprechen haben.

2. Bei den Monatsabrechnungen für Februar und März 2012 können Zahnarztpraxen hinsichtlich nicht zu verarbeitender XML-Dateien die Rechnungsdaten des gewerblichen Laboratoriums in Papierform an die KZV übermitteln.
3. Die jeweilige KZV erfasst für jede Krankenkasse mindestens 50 Prozent der in Papierform übermittelten Rechnungen der gewerblichen Laboratorien elektronisch nach und überführt diese Daten in den entsprechenden Abrechnungsdatensatz. Alle Abrechnungsdatensätze werden dann zu den vertraglich vereinbarten Terminen an die Krankenkasse bzw. die Datenannahmestelle weitergeleitet. Für die Bestimmung von Berichtigungsfristen ist der Eingang der Datenlieferungen im vertraglich vereinbarten Umfang bei der Datenannahmestelle der jeweiligen Krankenkasse maßgebend. In Fällen, in denen Laborrechnungen in Papierform übermittelt werden, wird der Versichertenbezug entsprechend der Protokollnotiz zu § 6 des DTA-Vertrags hergestellt.

4. Ab der Monatsabrechnung für April 2012 werden von den KZVen sämtliche Abrechnungen entsprechend des DTA-Vertrags vollumfänglich in elektronischer Form an die Krankenkassen übermittelt. Bei Abweichungen hiervon können die Krankenkassen für die Nacherfassung der nicht elektronisch gelieferten Daten pauschale Rechnerkürzungen nach § 303 Abs. 3 SGB V geltend machen. Bei vorhersehbaren Abweichungen informieren die KZVen die Krankenkassen rechtzeitig vor Eingang der Abrechnungsdatensätze entsprechend.
5. Eine Übermittlung von Abrechnungsdaten in Papier ist mit der Monatsabrechnung für April 2012 nicht länger möglich. Die entsprechenden Regelungen in § 4 Abs. 2 der Vereinbarung zur Einführung der papierlosen Abrechnung und § 6 Nr. 21 dritter Absatz des DTA-Vertrags sowie der dazugehörigen Protokollnotiz treten zum 01.04.2012 außer Kraft.
6. Die Übergangsregelung zur versichertenbezogenen Datenlieferung für den Risikostrukturausgleich nach §§ 267 und 268 vom 30.06.2009 endet, sobald die monatlichen bzw. quartalsweisen Abrechnungen per Datenträgeraustausch vereinbarungsgemäß erfolgen.
7. Alle bis zum 01.02.2012 auf Landesebene geschlossenen Vereinbarungen können einvernehmlich weitergeführt werden.

Diese Vereinbarung tritt am 1. Januar 2012 in Kraft.

Köln, Berlin 09.03.2012

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

GKV-Spitzenverband

**Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
und
der Bundesverband der Ortskrankenkassen,
der Bundesverband der Betriebskrankenkassen,
der Bundesverband der Innungskrankenkassen,
der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen
die Knappschaft,
die Seekrankenkasse,
der Verband der Angestellten-Krankenkassen VdAK, e.V.,
sowie der Angestellten-Ersatzkassen-Verband, AEV, e.V.**

beschließen die folgenden

**Richtlinien der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung
und der Spitzenverbände der Krankenkassen
nach § 106 Abs. 2 b SGB V
zum Inhalt und zur Durchführung der
Prüfungen nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V
(Zufälligkeitsprüfung)**

Gemäß § 106 Abs. 2b SGB V vereinbaren die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen die nachfolgenden Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen der Wirtschaftlichkeit der vertragszahnärztlichen Versorgung nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V (Zufälligkeitsprüfung):

§ 1

Anwendungsbereich

- (1) Die Richtlinien finden Anwendung auf die Zufälligkeitsprüfung der zahnärztlichen und zahnärztlich verordneten Leistungen nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V der an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte und zahnärztlich geleiteten Einrichtungen (zugelassene Medizinische Versorgungszentren, zugelassene Einrichtungen nach § 311 SGB V, ermächtigte Einrichtungen), die über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen abgerechnet werden, es sei denn, die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet (z.B.: Hochschulambulanzen gemäß § 120 Abs. 2 Satz 1 SGB V, Leistungen auf der Grundlage von Einzelverträgen nach Maßgabe der §§ 140a ff. SGB V).
- (2) Die Richtlinien sind allgemeiner Inhalt der regionalen Prüfvereinbarungen nach § 106 Abs. 3 SGB V.

§ 2

Zuständigkeit

- (1) Zuständig für die Durchführung der zahnarzt- und versichertenbezogenen Zufälligkeitsprüfungen sind die Prüfungsstellen und Beschwerdeausschüsse nach § 106 Abs. 4 SGB V.
- (2) Die Zuständigkeit liegt im Falle kzv-bezirksübergreifender Berufsausübungsgemeinschaften bei den Prüfungsgremien im Bezirk der KZV des gewählten Vertragszahnarztsitzes nach § 33 Abs. 3 Zulassungsverordnung-Zahnärzte (ZV-Z).
- (3) Im Falle kzv-bezirksübergreifender Zweigpraxen im Sinne des § 24 Abs. 3 Satz 3 ZV-Z liegt die Zuständigkeit bei den Prüfungsgremien im Bezirk der KZV am Vertragszahnarztsitz sowie im Bezirk der KZV am Ort der Zweigpraxis für die am jeweiligen Tätigkeitsort erbrachten Leistungen.

§ 3

Umfang der Stichproben

- (1) In die Zufälligkeitsprüfungen sind je Quartal mindestens 2 % der im Bereich einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte und zahnärztlich geleiteten Einrichtungen nach § 1 einzubeziehen (zahnarztbezogene Stichprobe).
- (2) In die Bildung der Quote sind alle Leistungserbringer einzubeziehen, die zum letzten Tag des Prüfzeitraums mindestens seit vier Quartalen zugelassen oder ermächtigt waren.
- (3) Die Vertragspartner nach § 106 Abs. 2 Satz 4 SGB V können die Bestimmung der zahnarztbezogenen Stichprobe nach bestimmten Leistungsmerkmalen vereinbaren.

Abweichend von Absatz 1 können für einzelne Stichprobengruppen abweichende Prüfquoten vereinbart werden. Die Quote nach Absatz 1 darf insgesamt nicht unterschritten werden.

§ 4

Bestimmung der Stichproben

Die Stichproben sind nach dem Zufallsprinzip zu bestimmen.

§ 5

Verfahren der Stichprobenziehung

- (1) Die Ziehung der zahnarzt- und versichertenbezogenen Stichprobe erfolgt bei den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen.
- (2) Das Nähere zum Verfahren der Stichprobenziehung vereinbaren die Vertragspartner nach § 106 Abs. 2 Satz 4 SGB V.

§ 6

Prüfzeitraum

- (1) Die Zufälligkeitsprüfungen erfassen einen Zeitraum von mindestens einem Jahr. Der Prüfzeitraum endet mit dem vorletzten Abrechnungsquartal, das dem Quartal der Stichprobenziehung vorausgeht.
- (2) Eine Prüfung unterbleibt, wenn der Zahnarzt oder die zahnärztlich geleitete Einrichtung nach § 1 innerhalb eines zurückliegenden Zeitraums von zwei Jahren seit dem Tag der Stichprobenziehung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung unterlag.

§ 7

Prüfgegenstand

- (1) Prüfungsgegenstand ist grundsätzlich das zur Abrechnung vorgelegte Leistungsvolumen.
- (2) Behandlungen für die die Krankenkasse auf Grund des Heil- und Kostenplanes, des KFO-Behandlungs-, Therapieänderungs- oder Verlängerungsantrages und des Parodontalstatus die Kosten übernommen oder einen Zuschuss gewährt hat, unterliegen keiner nachträglichen Prüfung auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit, es sei denn, die abgerechneten Leistungen gehen über den Umfang der bewilligten Leistungen hinaus.

§ 8

Prüfkriterien

Wenn und soweit dafür Veranlassung besteht erfolgt die zahnarzt- und versichertenbezogene Zufälligkeitsprüfung nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V anhand der Kriterien nach § 106 Abs. 2a SGB V.

§ 9

Nebeneinander von Prüfarten

- (1) Die Zufälligkeitsprüfung erfolgt unabhängig von bereits im Rahmen des § 106 oder 106a SGB V durchgeführten Prüfungen nach anderen Prüfarten.
- (2) Die Zufälligkeitsprüfung kann Veranlassung geben, ein Verfahren der sachlich-rechnerischen Berichtigung nach § 106a Abs. 2 SGB V einzuleiten.

§ 10

Prüfvereinbarungen

Die Partner der Vereinbarungen nach § 106 Abs. 2 Satz 4 SGB V regeln das Nähere zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen.

§ 11

Inkrafttreten

Die Richtlinien treten am 01.07.2008 in Kraft und werden von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen veröffentlicht.

Köln, Bonn, Bergisch Gladbach, Kassel, Bochum, Hamburg, Siegburg 19.12.2007

**Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
und
der Bundesverband der Ortskrankenkassen,
der Bundesverband der Betriebskrankenkassen,
der Bundesverband der Innungskrankenkassen,
der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen
die Knappschaft,
der Verband der Angestellten-Krankenkassen VdAK, e.V.,
sowie der Angestellten-Ersatzkassen-Verband, AEV, e.V.**

beschließen die folgenden

**Richtlinien
der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung
und der Spitzenverbände der Krankenkassen
nach § 106a Abs. 6 SGB V
zum Inhalt und zur Durchführung der
Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfungen
nach § 106a Abs. 2 und 3 SGB V**

Gemäß § 106a Abs. 6 Satz 1 SGB V vereinbaren die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen die nachfolgenden Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen nach § 106a Abs. 2 SGB V (Abrechnungsprüfung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung) sowie nach § 106a Abs. 3 SGB V (Abrechnungsprüfung der Krankenkassen):

I. Anwendungsbereich und Zuständigkeit

§ 1

Anwendungsbereich

Die Richtlinien finden Anwendung auf die Prüfung der Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnungen der an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte und zahnärztlich geleiteten Einrichtungen (zugelassene Medizinische Versorgungszentren, zugelassene Einrichtungen nach § 311 SGB V, ermächtigte Einrichtungen), die über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erfolgen, es sei denn, die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet (z. B.: Hochschulambulanzen gemäß § 120 Abs. 2 Satz 1 SGB V, Leistungen auf der Grundlage von Einzelverträgen nach Maßgabe der §§ 140a ff. SGB V).

§ 2

Zuständigkeit

- (1) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind nach Maßgabe dieser Richtlinien zuständig für die Durchführung der in § 106a Abs. 2 SGB V vorgesehenen Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfungen.

Die Zuständigkeit liegt im Falle kzv-bezirksübergreifender Berufsausübungsgemeinschaften bei der KZV des gewählten Vertragszahnarztsitzes nach § 33 Abs. 3 Zulassungsverordnung-Zahnärzte (ZV-Z); im Falle kzv-bezirksübergreifender Zweigpraxen im Sinne des § 24 Abs. 3 Satz 3 ZV-Z liegt die Zuständigkeit bei der KZV am Vertragszahnarztsitz sowie bei der KZV am Ort der Zweigpraxis für die am jeweiligen Tätigkeitssort erbrachten Leistungen. Anträge der Krankenkassen nach § 106 a Abs. 4 sind an die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen vor Ort zu stellen.

- (2) Die Krankenkassen sind nach Maßgabe dieser Richtlinien zuständig für die Durchführung der in § 106a Abs. 3 SGB V vorgesehenen Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfungen.

II. Abrechnungsprüfung durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen nach § 106a Abs. 2 SGB V

§ 3

Gegenstand der Abrechnungsprüfung durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen

- (1) Die Abrechnungsprüfungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung erstrecken sich auf:
 - die Prüfung der Berechtigung zur Abrechnung,
 - die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung sowie
 - die Prüfung der Plausibilität der Abrechnung.
- (2) Der Prüfung der Abrechnungen auf sachlich-rechnerische Richtigkeit geht die Prüfung der Berechtigung zur Abrechnung voraus; die Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität schließt sich der Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit an.

In die Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität fließen die nach Überprüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit korrigierten Daten ein.

§ 4

Gegenstand der Prüfung der Berechtigung zur Abrechnung

Die Prüfung der Berechtigung zur Abrechnung nach § 3 Abs. 1 erster Spiegelstrich zielt auf die Feststellung, ob der Zahnarzt oder die zahnärztlich geleitete Einrichtung zur Abrechnung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung berechtigt ist.

§ 5

Gegenstand der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnungen

- (1) Die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen nach § 3 Abs. 1 zweiter Spiegelstrich zielt auf die Feststellung, ob die Leistungen rechtmäßig, also im Einklang mit den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen, abgerechnet worden sind.
- (2) Die Partner der Prüfvereinbarungen nach § 106a Abs. 5 SGB V sollen vereinbaren, dass die sachlich-rechnerische Richtigkeit der abgerechneten Leistungen durch Einsatz der Prüfregeln des BEMA-Moduls in der Zahnarztpraxis und / oder in der Kassenzahnärztlichen Vereinigung unterstützt wird. Das BEMA-Modul wird von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen erstellt.

Protokollnotiz:

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung informiert die Spitzenverbände der Krankenkassen schriftlich über die Inhalte und Änderungen des BEMA-Moduls. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen informieren die Krankenkassen schriftlich über den Einsatz des BEMA-Moduls.

- (3) Die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen erstreckt sich nicht auf die Prüfung der Wirtschaftlichkeit oder Unwirtschaftlichkeit der Leistungserbringung.

§ 6

Einordnung der Prüfung der Plausibilität der Abrechnungen

Die Prüfung der Plausibilität der Abrechnungen stellt kein zusätzliches Korrekturverfahren neben sachlich-rechnerischer Prüfung und Wirtschaftlichkeitsprüfung (§ 106 SGB V) dar, sondern ein besonderes Prüfverfahren, mit dessen Hilfe aufgrund bestimmter Anhaltspunkte (§ 7) und vergleichender Betrachtungen die Plausibilität der Abrechnungen geprüft werden kann.

§ 7

Auffälligkeitskriterien im Rahmen der Plausibilitätsprüfung

- (1) In einem ersten Schritt überprüft die Kassenzahnärztliche Vereinigung die Abrechnungen auf Auffälligkeiten hin, die eine weitere Prüfung der Plausibilität nach § 8 veranlassen können. Hierzu zählen insbesondere:
 - Ungewöhnliche Fallzahlsteigerungen
 - Ungewöhnlich häufige gegenseitige Überweisungstätigkeit
 - Ungewöhnlich häufiges Abrechnen über das Ersatzverfahren
 - Erhöhte Fallidentität bei kzv-bezirksübergreifenden Zweigpraxen im Sinne des § 24 Abs. 3 Satz 3 ZV-Z
 - Ungewöhnlich häufiges und wiederholtes Auftreten von Auffälligkeiten im Rahmen der sachlich-rechnerischen Prüfung.
- (2) Weitere Kriterien können von den Partnern der Prüfvereinbarungen nach § 106a Abs. 5 SGB V vereinbart werden.

§ 8

Durchführung weiterer Plausibilitätsprüfungen bei Abrechnungsauffälligkeiten

- (1) Ergeben die Prüfungen nach § 7 Auffälligkeiten, so führt die Kassenzahnärztliche Vereinigung eine weitere aufklärende Prüfung der Auffälligkeiten auf Plausibilität durch.
- (2) Die weitere Prüfung hat zum Ziel, mit Hilfe ergänzender Tatsachenfeststellungen und Bewertungen festzustellen, ob sich die nach § 7 festgestellten Auffälligkeiten erklären lassen und die Leistungen rechtmäßig im Sinne des § 5 Abs. 1 abgerechnet wurden.
- (3) Ergibt die Plausibilitätsprüfung, dass die abgerechneten Leistungen nicht mit den Abrechnungsvorgaben des vertragszahnärztlichen Regelwerks übereinstimmen (Unplausibilität), so hat die Kassenzahnärztliche Vereinigung je nach Erfordernis ein Verfahren der sachlich-rechnerischen Berichtigung, ein Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V oder andere Maßnahmen einzuleiten.
- (4) Nach Abschluss der Prüfverfahren unterrichtet die Kassenzahnärztliche Vereinigung die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen unverzüglich über die Durchführung der Prüfungen und deren Ergebnisse.

Hierzu teilt sie die Prüfergebnisse in den Fällen mit, in denen die abgerechneten Leistungen nicht mit den Abrechnungsvorgaben des vertragszahnärztlichen Regelwerks übereinstimmen. Ergänzend hierzu wird eine Übersicht über die relative Häufigkeit der daraufhin eingeleiteten Maßnahmen übermittelt.

III. Abrechnungsprüfung durch die Krankenkassen nach § 106a Abs. 3 SGB V

§ 9

Gegenstand der Abrechnungsprüfung durch die Krankenkassen

Die Abrechnungsprüfung durch die Krankenkassen ist gerichtet auf:

1. das Bestehen und den Umfang der Leistungspflicht im Hinblick auf die Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers,
2. die Plausibilität von Art und Umfang der für die Behandlung eines Versicherten abgerechneten Leistungen.

Protokollnotiz:

Die Vertragspartner sind sich einig, dass bei der Abrechnung von vertragszahnärztlichen Leistungen nach BEMA-Teil 1 auf die gesonderte Angabe des Befundes grundsätzlich verzichtet wird, weil sich der Befund aus den bei der Abrechnung anzugebenden Gebührennummern ergibt.

3. die Zuzahlungen nach § 28 Abs. 4 SGB V einschließlich der Beachtung des damit verbundenen Verfahrens nach § 43b Abs. 2 SGB V.

§ 10

Einordnung und Gegenstand der Prüfung der Plausibilität der Abrechnungen

- (1) § 6 dieser Richtlinien gilt entsprechend.
- (2) Die Prüfung der Plausibilität der Abrechnung erfolgt für konservierend-chirurgische und für individualprophylaktische Leistungen.

Protokollnotiz:

Behandlungen für die die Krankenkasse auf Grund des Heil- und Kostenplanes, des KFO-Behandlungs-, Therapieänderungs- oder Verlängerungsantrages und des Parodontalstatus die Kosten übernommen oder einen Zuschuss gewährt hat, unterliegen keiner nachträglichen Prüfung auf Plausibilität der Abrechnung, es sei denn, die abgerechneten Leistungen gehen über den Umfang der bewilligten Leistungen hinaus.

- (3) Ergibt die Prüfung eine Auffälligkeit, führt die Krankenkasse eine weitere aufklärende Prüfung durch. Die weitere Prüfung hat zum Ziel, mit Hilfe ergänzender Tatsachenfeststellungen und Bewertungen festzustellen, ob sich die festgestellten Auffälligkeiten erklären lassen.
- (4) Ergibt die Prüfung die Unplausibilität der Abrechnung, so kann die Krankenkasse je nach Erfordernis die Fallunterlagen an die Kassenzahnärztliche Vereinigung zur Entscheidung über eine sachlich-rechnerische Berichtigung abgeben und eine solche beantragen oder ein Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V einleiten.

§ 11

Information der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen

Die Krankenkassen unterrichten die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen unverzüglich über die Durchführung der Prüfungen nach § 9 Nr. 2 und teilen die Prüfungsergebnisse in den Fällen mit, in denen die abgerechneten Leistungen nicht mit den Abrechnungsvorgaben des vertragszahnärztlichen Regelwerkes übereinstimmen. Ergänzend hierzu wird eine Übersicht über die relative Häufigkeit der daraufhin eingeleiteten Maßnahmen übermittelt.

§ 12

Prüfvereinbarungen

Die Partner der Vereinbarungen nach § 106a Abs. 5 SGB V regeln das Nähere zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen einschließlich des Verfahrens der gegenseitigen Beantragung gezielter Prüfungen nach § 106 a Abs. 4 SGB V.

IV. Inkrafttreten und Übergangsvorschriften

§ 13

- (1) Die Richtlinien treten am 01. Juli 2008 in Kraft und werden von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen veröffentlicht.
- (2) Prüfungen der sachlich-rechnerischen Richtigkeit und darauf bezogenen Plausibilitätsprüfungen durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen für Zeiten vor Inkrafttreten dieser Richtlinien erfolgen nach den bis zu diesem Zeitpunkt vereinbarten oder beschlossenen Vorschriften.

Köln, Bonn, Essen, Bergisch Gladbach, Kassel, Bochum, Siegburg 30.01.2008

**Erklärung über die Abrechnung von Material- und Laborkosten
der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung,
des AOK-Bundesverbandes,
des BKK-Bundesverbandes,
des IKK-Bundesverbandes,
des Bundesverbandes der Landwirtschaftlichen Krankenkassen
und der
der Bundesknappschaft**

Die KZBV, die Bundesverbände der Krankenkassen und die Bundesknappschaft stellen gemeinsam fest, dass Zahnärzte nach geltendem Recht (gesetzliche und gesamtvertragliche Bestimmungen) nur die Material- und Laboratoriumskosten gegenüber den Versicherten und den Krankenkassen abrechnen dürfen, die tatsächlich entstanden sind.

Auf der Grundlage dieser gemeinsamen Rechtsauffassung empfehlen die KZBV und die Bundesverbände der Krankenkassen in die gesamtvertraglichen Vereinbarungen, analog der Formulierung im Zahnarzt-Ersatzkassenvertrag, den folgenden Text aufzunehmen:

„Bei prothetischer Behandlung ist jeder einzelne Heil- und Kostenplan, bei systematischer Behandlung von Parodontopathien jeder Pa-Status, zu unterschreiben.

Mit der Unterschrift bestätigt der Vertragszahnarzt, dass

- a) die abgerechneten Material- und Laborkosten der gewerblichen Laboratorien tatsächlich entstanden sind und dass er auftragsbezogene Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligungen, Bonifikationen und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten an die Vertragskasse und die Versicherten weitergibt,
- b) die abgerechneten Material- und Laborkosten seines Zahnarztlabors tatsächlich von diesem erbracht worden sind und das Zahnarztlabor die für die abgerechneten Leistungen erforderlichen Ausstattungen enthält.“

Köln/ Bonn/ Essen/ Bergisch Gladbach/ Kassel/ Bochum, den 07.02.2003

Anlage 2

Bestimmungen über die Gestaltung und die Ausfüllung der Planungsvordrucke und die edv-mäßige Erstellung der Abrechnung

in der Fassung vom 18.03.2014, gültig ab 01.04.2014

1. Bestimmungen über die edv-mäßige Erstellung der Abrechnung

Mit der Umsetzung des DTA-Vertrages zum 01.01.2012 erfolgt die Abrechnung zahnärztlicher Leistungen grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern.

Die Verwendung eines Datenverarbeitungssystems, mit dem der Vertragszahnarzt Leistungen zum Zwecke der Abrechnung erfasst, speichert und verarbeitet, bedarf der Genehmigung durch die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung. Der Vertragszahnarzt gibt der Kassenzahnärztlichen Vereinigung das eingesetzte Programmsystem und die jeweils verwendete Programmversion bekannt, damit die Kassenzahnärztliche Vereinigung überprüfen kann, ob ein Programmsystem verwendet wird, das für die vertragszahnärztliche Abrechnung geeignet ist. Bei elektronischer Abrechnung wird die vom Vertragszahnarzt verwendete Programmversion automatisch übermittelt.

Ein System ist für die vertragszahnärztliche Abrechnung geeignet, wenn feststeht, dass programmierte Abrechnungsregeln den jeweils gültigen Bestimmungen des Bundesmantelvertrages-Zahnärzte entsprechen und dass befund- und leistungsorientierte Abrechnungsautomatismen keine Verwendung finden. Über die Eignung befindet die Prüfstelle der KZBV. Die Abrechnung mittels EDV auf maschinell verwertbaren Datenträgern und die elektronische Übermittlung der Abrechnung ist zulässig, wenn die Prüfstelle der KZBV festgestellt hat, dass die Voraussetzungen hierfür vorliegen.

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung widerruft die Genehmigung, wenn die Voraussetzungen hierfür nicht oder nicht mehr vorliegen. Von der Genehmigung und dem Widerruf der Genehmigung erhalten die Landesverbände der Krankenkassen Mitteilung.

2. Abrechnung konservierender und chirurgischer Leistungen (Bema-Teil 1)

2.1. Die Abrechnung konservierender und chirurgischer Leistungen zwischen Vertragszahnarzt und KZV erfolgt grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern.

2.2. Überweisungen erfolgen auf dem Verordnungsblatt für Arznei, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, das aufgrund des Bundesmantelvertrages-Ärzte vereinbart wird. Der Grund der Überweisung ist anzugeben. Überweisungen können individuell mittels EDV erstellt werden. Dabei ist der Grund der Überweisung, der Name des Versicherten oder die Versichertennummer, der Name des Vertragszahnarztes und seine Anschrift anzugeben.

2.3. Ergänzende Inhalte der elektronischen Abrechnung

2.3.1. Zu jeder Leistung ist der Behandlungstag anzugeben. Sofern mehrere Sitzungen an einem Tag stattfinden, sind diese durch eine Kennzeichnung zu unterscheiden.

2.3.2. Der Datensatz umfasst die Angabe des behandelten Zahnes bzw. der behandelten

Zähne unter Verwendung des zweiziffrigen FDI-Gebisschemas. Sofern die Behandlung keinen Bezug zu bestimmten Zähnen aufweist, ist die Zahnangabe entbehrlich. Dies gilt z.B. auch bei den Geb.-Nrn. 8, 10, 105, 106, 107 und IP4.

Bei Röntgenaufnahmen ist die Zahnangabe entbehrlich, wenn sie sich aus den Zahnangaben für die anderen eingetragenen Leistungen ergibt.

- 2.3.3. Der Datensatz umfasst die Angabe der Gebührennummer des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes, soweit nicht die KZVen bestimmt haben, dass die numerischen Gebührennummern gem. Anlage B zum Bundesmantelvertrag zu übermitteln sind.

Jede abrechnungsfähige Gebührennummer ist gesondert anzugeben. Werden in einer Sitzung Leistungen nach den Nrn. 28, 32, 35, 54 an einem Zahn oder Nr. 62 mehrfach erbracht, ist die Anzahl anzugeben.

- 2.3.4. Bei Füllungen nach den Nrn. 13 a) bis g) ist die Füllungslage zu übermitteln. Für die Bezeichnung der Füllungslage sind folgende Buchstaben bzw. Ziffern zu verwenden:

m	=	1	=	mesial
o	=	2	=	okklusal bzw. inzisal
d	=	3	=	distal
v	=	4	=	vestibulär (bukkal/labial)
l	=	5	=	lingual bzw. palatinal

Sofern Füllungen den Zahnhalsbereich erfassen, ist der Bezeichnung der Füllungslage der folgende Buchstabe bzw. die folgende Ziffer anzufügen:

z	=	7	=	zervikal
---	---	---	---	----------

- 2.3.5. Bei Röntgenaufnahmen sind Begründungen anzugeben. Hierfür sind folgende Ziffern zu verwenden:

0	=	Bissflügelaufnahme
1	=	Konservierend/chirurgische Behandlung
2	=	Gelenkaufnahme
3	=	Kieferorthopädische Behandlung
4	=	Par-Behandlung
5	=	Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen

- 2.3.6. Bei Anästhesien sind die Par-Behandlung mit Ziffer „4“ und die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen mit Ziffer „5“ zu kennzeichnen.

- 2.3.7. Geldbeträge für abrechnungsfähige Auslagen sind in Cent in den Datensatz aufzunehmen. Die Spezifizierung der Geldbeträge erfolgt mit folgenden 600er Ordnungsnummern

601	Materialkosten bei der Verwendung von Stiften
602	Telefon-, Versand-, Portokosten
603	Laborkosten Zahnarztlabor
604	Laborkosten Fremdlabor

Es bleibt den Gesamtvertragspartnern vorbehalten, Änderungen oder Ergänzungen dieser Liste vorzunehmen.

- 2.3.8. *aufgehoben zum 01.01.2013 durch Gesetz vom 20.12.2012, Vereinbarung vom 23.04.2013*

- 2.4¹ Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sowie Abrechnung von Wegegeldern und Reiseentschädigungen nach § 8 Abs. 2 und 3 GOZ
- 2.4.1 Leistungen aus der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vom 12.11.1982 werden nach Maßgabe der Allgemeinen Bestimmungen des Bewertungsmaßstabes Nr. 3 mit vierstelligen Gebührennummern abgerechnet.
Soweit die GOÄ vierstellige Nummern vorsieht, werden diese bei der Abrechnung verwendet.
Soweit die GOÄ dreistellige Nummern vorsieht, wird die Ziffer 8 vorangestellt. Für die Abrechnung der übrigen GOÄ-Leistungen einschließlich möglicher Zuschläge, des Wegegeldes und der Reiseentschädigung gelten die folgenden Nrn. 2.4.2. und 2.4.3.

- 2.4.2. Bei der Abrechnung von Leistungen der Abschnitte B IV bis B VI der GOÄ wird der zweistelligen GOÄ-Nummer die Ziffer 7 vorangestellt und die Ziffer 0 angefügt. Werden Zuschläge nach Abschnitt B V zusätzlich zu den Leistungen nach den Nrn. 45, 46, 52 bis 62 abgerechnet, wird die Ziffer 0 durch folgende Ziffern ersetzt:
- | | |
|---|-------------------|
| 1 | Zuschlag E |
| 2 | Zuschlag F |
| 3 | Zuschlag G |
| 4 | Zuschlag H |
| 5 | Zuschläge H und F |
| 6 | Zuschläge H und G |

Der Zuschlag K2 wird bei Abrechnung der Nrn. 45, 46, 55 oder 56 als Nr. 7003 angegeben.

- 2.4.3 Die Abrechnung von Wegegeldern (§ 8 Abs. 2 GOZ) und Reiseentschädigungen (§ 8 Abs. 3 GOZ) erfolgt nach folgenden Nrn.

Nr.	Erläuterung
-----	-------------

7810	Wegegeld für eine Entfernung bis zu 2 Kilometern
------	--

7811	Wegegeld für eine Entfernung bis zu 2 Kilometern bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)
------	--

7820	Wegegeld für eine Entfernung von mehr als 2 Kilometern und bis zu 5 Kilometern
------	--

7821	Wegegeld für eine Entfernung von mehr als 2 Kilometern und bis zu 5 Kilometern bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)
------	--

7830	Wegegeld für eine Entfernung von mehr als 5 Kilometern und bis zu 10 Kilometern
------	---

7831	Wegegeld für eine Entfernung von mehr als 5 Kilometern und bis zu 10 Kilometern bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)
------	---

7840	Wegegeld für eine Entfernung von mehr als 10 Kilometern und bis zu 25 Kilometern
------	--

7841	Wegegeld für eine Entfernung von mehr als 10 Kilometern und bis zu 25 Kilometern bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)
------	--

Fußnote 1: 2.4 – 2.4.3 in der Fassung gültig ab 01.04.2013

- 7928 Reiseentschädigung bei Besuchen über eine Entfernung von mehr als 25 Kilometern und Abwesenheit von bis zu 8 Stunden je Tag
- 7929 Reiseentschädigung bei Besuchen über eine Entfernung von mehr als 25 Kilometern und Abwesenheit von mehr als 8 Stunden je Tag
- 7930 Kosten für notwendige Übernachtungen

Bei der Abrechnung von Reiseentschädigungen sind 42 Cent je Kilometer sowie zusätzlich ein Betrag von 56,00 Euro bei Abwesenheit bis zu 8 Stunden und bei Abwesenheit von mehr als 8 Stunden 112,50 Euro je Tag abzurechnen. Die Zahl der zurückgelegten Kilometer ist anzugeben.

3. Planung und Abrechnung von Leistungen bei der Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen im Bereich des Gesichtsschädels (Bema-Teil 2)

- 3.1 Die Planung von Leistungen bei der Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen im Bereich des Gesichtsschädels erfolgt auf dem Vordruck Muster 3a. Der Behandlungsplan kann individuell mittels EDV erstellt werden. Hierbei dürfen Inhalt, Aufbau und Struktur nicht verändert werden. Die Änderung der Zeilenabstände ist mit Ausnahme des Krankenversicherten – Kartenfeldes zulässig.
- 3.2 Die Abrechnung von Leistungen bei der Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels zwischen Vertragszahnarzt und KZV erfolgt grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern.
- 3.3 Behandlungen, die aufgrund von Überweisungen erfolgen, sind grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern abzurechnen.
- 3.4 Ergänzende Inhalte der elektronischen Abrechnung
 - 3.4.1 Zu jeder Leistung ist der Behandlungstag anzugeben. Sofern mehrere Sitzungen an einem Tag stattfinden, sind diese durch eine Kennzeichnung zu unterscheiden.
 - 3.4.2 Der Datensatz umfasst die Angabe des behandelten Zahnes bzw. der behandelten Zähne unter Verwendung des zweiziffrigen FDI-Gebisschemas. Sofern die Behandlung keinen Bezug zu bestimmten Zähnen aufweist, ist die Zahnangabe entbehrlich.
 - 3.4.3 Der Datensatz umfasst die Angabe der Gebührennummer des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes, soweit nicht die KZVen bestimmt haben, dass die numerischen Gebührennummern gem. Anlage B zum Bundesmantelvertrag zu übermitteln sind.
 Jede abrechnungsfähige Gebührennummer ist gesondert anzugeben.
 Für die Abrechnung von Pauschbeträgen für Abformmaterial sowie für Telefon-, Versand- und Portokosten sind die folgenden 600er Ordnungsnummern anzugeben:
 - 602 Telefon-, Versand- und Portokosten
 - 605 Pauschbetrag Abformmaterial
 Der Pauschbetrag ist in Cent zu übermitteln.
 - 3.4.4 Für die Abrechnung zahnärztlicher Leistungen nach der GOÄ gilt Ziffer 2.4. dieser Bestimmungen.

4. Abrechnung von Leistungen bei kieferorthopädischen Behandlungen (BEMA-Teil 3)

- 4.1. Behandlungsfall im Sinne des Vertrages ist bei Leistungen nach dem BEMA-Teil 3 die gesamte, von demselben Vertragszahnarzt innerhalb desselben Kalendervierteljahres vorgenommene Behandlung.
- 4.2. Die Abrechnung von kieferorthopädischen Leistungen sowie von Leistungen, die im Zusammenhang mit kieferorthopädischen Leistungen anfallen, erfolgt grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern.
- 4.3. Ergänzende Inhalte zur elektronischen Abrechnung
Bei der Frühbehandlung nach Nr. 5 der Abrechnungsbestimmung zu den Nrn. 119 und 120 von BEMA-Teil 3 ist die Nummer der Abschlagszahlung mit „F“ zu kennzeichnen. Bei der Abrechnung von Verlängerungszahlungen ist die Nummer der Abschlagszahlung mit „V“ zu kennzeichnen. Fallen die Gebühren- Nr. 126a, 126b, 127a, 128b, 130 oder 131 a bis c bei Ersatzanfertigungen von Behandlungsgeräten an, sind diese als außerplanmäßig zu kennzeichnen.

5. Abrechnung von parodontologischen Leistungen (BEMA-Teil 4)

- 5.1. Die Abrechnung der parodontologischen Leistungen erfolgt nach dem Abschluss der geplanten Behandlung grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern.
- 5.2. Ergänzende Inhalte zur elektronischen Abrechnung
Wenn sich im Laufe der Durchführung einer systematischen PAR-Behandlung der Punktwert ändert, dann ist bei der Abrechnung des Behandlungsfalles durch den Vertragszahnarzt dem bisherigen Punktwert die Hälfte der Differenz zwischen diesem und dem neuen Punktwert hinzuzurechnen.

6. Abrechnung von Leistungen bei Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (BEMA-Teil 5)

Die Abrechnung der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen erfolgt grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern.

7. Formulare für die Erbringung, Planung, Begutachtung, Genehmigung vertragszahnärztlicher Leistungen

Muster 2

(Leistungsnachweis gem. § 16 Abs. 3a SGB V bei Ruhen der Ansprüche;
Abdruck siehe Anlage 11 BMV-Z)

Muster 3a

(Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch)

Anlage 3

(Vereinbarung nach § 87 Abs. 1a SGBV über die Versorgung mit Zahnersatz)

Vereinbarung zum Heil- und Kostenplan

(Ausfüllhinweise)

Anlage 8a
(Kfo – Behandlungsplan)

Anlage 8b
(Mitteilung an den Patienten nach § 29 Abs. 1 SGB V, Kopie für die KK)

Anlage 8c
(Mitteilung über einen unplanmäßigen Verlauf der Kfo – Behandlung)

Anlage 10a Blatt 1 PA Plan und 10b Blatt 2 PA

Anlage 18 Anhang 1 zur Vereinbarung über das Gutachterformular für
implantologische Leistungen, -Begutachtungsformular-

Anlage 6a (Blatt 1, 2, 3,) Auftrag zur Begutachtung

Anlage 6b (Blatt 1, 2, 3, 4, 5) Formulare für Begutachtung

Anlage 6c Formular Kfo Gutachten

Weitere Formulare aus dem vertragsärztlichen Bereich, die auch für den vertrags-
zahnärztlichen Bereich anzuwenden sind (hier nicht abgedruckt):

Muster 1	Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
Muster 2	Verordnung von Krankenhausbehandlung
Muster 4	Verordnung einer Krankenbeförderung
Muster 16	Arznei – Verordnungsblatt
Muster 20	Stufenweise Wiedereingliederung
Muster 21	Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei der Erkrankung eines Kindes

Muster 3a zur Anlage 2: - Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch -

Name der Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragszahnarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Behandlungsplan für

- Kiefergelenkserkrankung
 Kieferbruch

Angaben über Ort, Zeit und Ursache des Unfalls sowie Art der Verletzung (nur bei Kieferbruch)
Anamnese/Befunde/Diagnose (nur bei Kiefergelenkserkrankungen)

Vorgesehene Behandlung

Stationäre Behandlung
Krankenhaus:

Voraussichtliche Dauer: von _____ bis _____

Kostenübernahme der Krankenkasse (Begründung ggf. auf besonderem Blatt)

Die Kosten für die Behandlung werden übernommen werden nicht übernommen

Anschriftsfeld der **Krankenkasse**

Datum, Unterschrift und Stempel der **Krankenkasse**

Datum, Unterschrift und Stempel des **Zahnarztes**

--	--	--

MUSTER SCHÜTZDRUCK 30159 Hannover, Marktstr. 49, Tel. (0511) 32 73 44

SCHÜTZDRUCK 30159 Hannover, Marktstr. 49, Tel. (0511) 32 73 44
Verf.-Nr. Z 77/ 104

Originalgröße DIN A 4

**Vereinbarung
nach § 87 Abs. 1a SGB V
über die Versorgung mit Zahnersatz**

1. Vor Beginn der Behandlung hat der Vertragszahnarzt einen Heil- und Kostenplan (HKP) nach dem in der Anlage beigefügten Muster (Teil 1 und Teil 2) zu erstellen.

Der Teil 2 ist nur auszufüllen, wenn gleich- oder andersartige Leistungen geplant werden. Bei der Angabe der zu erwartenden Kosten sind in volle EUR kaufmännisch gerundete Beträge ausreichend, die für die einzelnen zahnärztlichen Leistungen anzugeben sind. Der Heil- und Kostenplan/Teil 2 ist - sofern gleich- und/oder andersartige Versorgungen geplant sind - dem Versicherten zusammen mit dem Heil- und Kostenplan/Teil 1 zu übersenden.

Der Vordruck kann auch individuell per EDV erstellt werden, hierbei dürfen Inhalt, Aufbau und Struktur nicht verändert werden. Die Bestellung des Heil- und Kostenplanes und die Kostenübernahme für den Heil- und Kostenplan erfolgt wie bisher üblich auf der Ebene der Gesamtvertragspartner.

2. Der Vertragszahnarzt hat im Heil- und Kostenplan den zahnmedizinischen Befund, die Regelversorgung und die tatsächlich geplante Versorgung anzugeben.

In begründeten Ausnahmefällen kann die Wiederherstellung einer ausreichenden Funktion des Kauorgans bzw. die Verhinderung einer Beeinträchtigung des Kauorgans auch in medizinisch sinnvollen Therapieschritten erfolgen. Damit für die Krankenkasse erkennbar ist, dass die Versorgung des Gesamtbefundes in Therapieschritten erfolgt, muss dies im Heil- und Kostenplan unter „Bemerkungen“ aufgeführt werden. Für die tatsächlich geplante Versorgung sind Art, Umfang und Kosten der Versorgung anzugeben. Der Vertragszahnarzt kennzeichnet auf dem Heil- und Kostenplan die Fälle, in denen die Auszahlung der Festzuschüsse direkt von der Krankenkasse an den Versicherten zu erfolgen hat mit "D".

3. Abrechnung von Kronen, Stiften, Brücken, Teilprothesen und Kombinationszahnersatz

Kronen

Verblendete Kronen außerhalb des Verblendbereichs gemäß der Zahnersatz-Richtlinien, vollverblendete Kronen und vollkeramische Voll- und Teilkronen gelten als gleichartige Versorgung.

Die Abrechnung erfolgt entsprechend § 55 Abs. 4 i.V. mit § 87 Abs. 1a Satz 1 SGB V nach Maßgabe der GOZ. Prothetische Begleitleistungen (Provisorien, Abnehmen und Wiederbefestigen von Provisorien) werden als Regelversorgungsleistungen nach BEMA abgerechnet.

Stifte

Adhäsiv befestigte Stifte und nicht-metallische Stiftsysteme gelten als gleichartige Versorgung und werden entsprechend § 55 Abs. 4 i.V. mit § 87 Abs. 1a Satz 1 SGB V nach Maßgabe der GOZ abgerechnet.

Brücken

Verblendete Brückenanker und Brückenglieder außerhalb des Verblendbereichs gemäß der Zahnersatz-Richtlinien, vollverblendete und vollkeramische Brückenanker und Brückenglieder gelten als gleichartige Versorgung.

Die Abrechnung erfolgt entsprechend § 55 Abs. 4 i.V. mit § 87 Abs. 1a Satz 1 SGB V nach Maßgabe der GOZ. Prothetische Begleitleistungen (Provisorien, Abnehmen und Wiederbefestigen von Provisorien) werden als Regelversorgungsleistungen nach BEMA abgerechnet.

Teilprothesen/Kombinationszahnersatz

Bei der prothetischen Versorgung des teilbezahnten Kiefers in der Befundklasse 3 wird zwischen herausnehmbarem Zahnersatz und Kombinationszahnersatz unterschieden. Kombinationszahnersatz im Rahmen der Regelversorgung liegt nur bei den Befunden 3.2a bis 3.2c vor.

Zusätzliche Verbindungselemente an Kombinationszahnersatz (Teleskopkrone, Konuskronen, Geschiebe, Anker, Riegel, Steg u.ä.) gelten als gleichartige Versorgung, wenn die jeweilige Befundsituation eine Regelversorgung mit Teleskopkronen vorsieht (Befunde 3.2a bis 3.2c). Die Abrechnung dieser zusätzlichen Verbindungselemente und der das Verbindungselement tragenden Kronen erfolgt entsprechend § 55 Abs. 4 i.V. mit § 87 Abs. 1a Satz 1 SGB V nach Maßgabe der GOZ; die übrigen Konstruktionselemente des Kombinationszahnersatz werden als Regelversorgungsleistungen nach BEMA abgerechnet.

Gleiches gilt, wenn statt einer Konus- oder Teleskopkrone der Regelversorgung (Befunde 3.2a bis 3.2c) ein anderes der oben genannten Verbindungselemente verwendet wird.

Verbindungselemente (Teleskopkrone, Konuskronen, Geschiebe, Anker, Riegel, Steg u.ä.) an herausnehmbarem Zahnersatz bei Befundsituationen (Befunde nach 3.1), die bei der Regelversorgung lediglich Halte- und Stützelemente (Klammern) vorsehen, ändern die Art der Versorgung; ein herausnehmbarer Zahnersatz wird somit zum Kombinationszahnersatz.

Solche Versorgungen werden als andersartige Versorgungen betrachtet und insgesamt entsprechend § 55 Abs. 5 i.V. mit § 87 Abs. 1a Satz 1 SGB V nach Maßgabe der GOZ abgerechnet.

Dies gilt nicht, wenn an allen Ankerzähnen Befunde nach der Nr. 1.1 ansetzbar sind. In diesen Fällen gilt die Versorgung als gleichartig.

4. Der Heil- und Kostenplan (Teil 1 und Teil 2) ist der Krankenkasse vorzulegen. Die Krankenkasse hat den Heil- und Kostenplan vor Beginn der Behandlung insgesamt zu prüfen. Die Krankenkasse kann den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen.
5. Bei bestehender Versorgungsnotwendigkeit bewilligt die Krankenkasse die Festzuschüsse. Nach der Genehmigung sind Änderungen des Befundes oder der tatsächlich geplanten Versorgung der Krankenkasse zur Neufestsetzung der Festzuschüsse mitzuteilen. Die Festzuschüsse werden gezahlt, wenn der Zahnersatz in der bewilligten Form innerhalb von 6 Monaten eingegliedert wird.

Die Gesamtvertragspartner können Regelungen zur Vereinfachung des Bewilligungsverfahrens für Wiederherstellungen/Erweiterungen vereinbaren.

6. Die Kosten für Regelversorgungsleistungen sind mit den Versicherten nach Bema und BEL II abzurechnen. Bei der Rechnungslegung gegenüber dem Versicherten ist der Betrag für die Festzuschüsse abzusetzen.

Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen. Diese werden nach der GOZ/BEB in Rechnung gestellt. Der Rechnung ist eine Durchschrift der Rechnung des gewerblichen oder des Praxislabor über zahntechnische Leistungen und die Erklärung nach Anhang VIII der Richtlinie 93/42/EWG des Rates vom 14. Juni 1993 über Medizinprodukte beizufügen (Konformitätserklärung). Für die zahntechnischen Leistungen ist darüber hinaus der Herstellungsort des Zahnersatzes mitzuteilen.

7. Abrechnung der Festzuschüsse
 - a) Regelversorgungen und gleichartige Versorgungen

Genehmigte Festzuschüsse im Zusammenhang mit erbrachten Regelleistungen oder mit gleichartigen Leistungen werden nach Eingliederung oder Wiederherstellung des Zahnersatzes grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern über die KZV abgerechnet.

Unterschreitet der tatsächliche Rechnungsbetrag den von der Krankenkasse festgesetzten Festzuschuss, ist dies bei der Abrechnung bei V.8. zu berücksichtigen.

b) Härtefälle

Bei Härtefällen übernimmt die Krankenkasse den über dem Festzuschuss liegenden tatsächlichen Rechnungsbetrag nur, wenn eine Regelversorgung durchgeführt wird. Der tatsächliche Rechnungsbetrag wird grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern über die KZV abgerechnet.

Bei zahntechnischen Leistungen für Härtefälle übernimmt die Krankenkasse nur die Kosten für NEM-Legierungen. Die Mehrkosten für Edelmetalllegierungen trägt der Härtefall-Versicherte selbst.

In Härtefällen, in denen die tatsächlich entstandenen Kosten mit den Heil- und Kostenplänen über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen abgerechnet werden, sind den Abrechnungen mit den Krankenkassen die rechnungsbegründenden Unterlagen (Heil- und Kostenplan-Teil 1 und eine Kopie der Rechnung des gewerblichen oder des praxiseigenen Labors über zahntechnische Leistungen) grundsätzlich im Wege der elektronischen Datenübertragung zu übermitteln § 4 Abs. 2 der Vereinbarung zur Einführung der papierlosen Abrechnung ist zu beachten.

- c) Bei nicht bewilligungsbedürftigen Wiederherstellungen und Erweiterungen nach den Befunden 6.0, 6.1 - 6.10 und 7.3, 7.4 und 7.7 sind den Abrechnungen mit den Krankenkassen ebenfalls die rechnungsbegründenden Unterlagen (Heil- und Kostenplan und eine Kopie der Rechnung des gewerblichen oder des praxiseigenen Labors über zahntechnische Leistungen) grundsätzlich im Wege der elektronischen Datenübertragung zu übermitteln. § 4 Abs. 2 der Vereinbarung zur Einführung der papierlosen Abrechnung ist zu beachten.

d) Ausschließlich andersartige Leistungen

Genehmigte Festzuschüsse für eine ausschließlich andersartige Versorgung werden von der Krankenkasse direkt mit dem Versicherten nach Vorlage der Rechnung abgerechnet.

e) Mischfälle

Genehmigte Festzuschüsse für Mischfälle (Regelleistungen und/oder gleichartige Leistungen in Verbindung mit andersartigen Leistungen) sind über die KZV abzurechnen, wenn mehr als 50 % des zahnärztlichen Honorars zum Zeitpunkt der Planung für Leistungen der Regelversorgung und/oder der gleichartigen Versorgung anfallen. Die Gesamtvertragspartner können eine andere prozentuale Grenzziehung vereinbaren.

8. Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2012 in Kraft.

Köln, den 14.12.2011

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
Der Vorstand

GKV-Spitzenverband
Vorstand

Anlage 1: Heil- und Kostenplan - Teil 1

Anlage 2: Heil- und Kostenplan - Teil 2

Heil- und Kostenplan (Anlage 1)

Name der Krankenkasse		Erklärung des Versicherten Ich bin bei der genannten Krankenkasse versichert. Ich bin über Art, Umfang und Kosten der Regel-, der gleich- und andersartigen Versorgung aufgeklärt worden und wünsche die Behandlung entsprechend dieses Kostenplanes. Datum/Unterschrift des Versicherten										Lfd.-Nr.						
Name, Vorname des Versicherten geb. am		Heil- und Kostenplan Hinweis an den Versicherten: Bonusheft bitte zur Zuschussfestsetzung beifügen.										Stempel des Zahnarztes						
Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status																		
Vertragszahnarzt-Nr. VK gültig bis Datum																		
I. Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan TP = Therapieplanung R = Regelversorgung B = Befund																		
Art der Versorgung	TP																	Der Befund ist bei Wiederherstellungsmaßnahmen nicht auszufüllen!
	R																	
	B																	
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
	B																	
	R																	
	TP																	
Bemerkungen (bei Wiederherstellung Art der Leistung)																		
II. Befunde für Festzuschüsse IV. Zuschussfestsetzung																		
Befund Nr. 1		Zahn/Gebiet		Anz.		Betrag Euro		Ct		Unfall oder Unfallfolgen/Berufskrankheit				Interimsversorgung		Unbrauchbare Prothese/Brücke/Krone		
										Versorgungsleiden				Immediatversorgung		Alter ca. Jahre NEM		
Die Krankenkasse übernimmt die nebenstehenden Festzuschüsse, höchstens jedoch die tatsächlichen Kosten. Voraussetzung ist, dass der Zahnersatz innerhalb von 6 Monaten in der vorgesehenen Weise eingegliedert wird.																		
Erläuterungen Befund (Kombinationen sind zulässig) a = Adhäsivbrücke (Anker, Spanne) r = Wurzelstiftkappe b = Brückenglied rw = erneuerungsbedürftige Wurzelstiftkappe e = ersetzter Zahn sw = erneuerungsbedürftige Suprakonstruktion ew = ersetzter, aber erneuerungsbedürftiger Zahn t = Teleskop f = fehlender Zahn tw = erneuerungsbedürftiges Teleskop i = Implantat mit intakter Suprakonstruktion ur = unzureichende Retention ix = zu entfernendes Implantat ww = erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung k = klinisch intakte Krone x = nicht erhaltungswürdiger Zahn kw = erneuerungsbedürftige Krone y = Lückenschluss pw = erhaltungswürdiger Zahn mit partiellen Substanzdefekten																		
Behandlungsplanung: A = Adhäsivbrücke (Anker, Spanne) O = Geschiebe, Steg etc. B = Brückenglied PK = Teilkrone E = zu ersetzender Zahn R = Wurzelstiftkappe H = gegossene Halte- und Stützvorrichtung S = implantatgetragene Suprakonstruktion K = Krone T = Teleskopkrone M = Vollkeramische oder keramisch voll verblendete Restauration V = Vestibuläre Verblendung																		
Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse																		
Hinweis: <input type="checkbox"/> % Vorsorge-Bonus ist bereits in den Festzuschüssen enthalten. <input type="checkbox"/> Es liegt ein Härtefall vor.																		
(Spalten 1-3 vom Zahnarzt auszufüllen)																		
vorläufige Summe																		
Nachträgliche Befunde:																		
III. Kostenplanung																		
1 BEMA-Nrn.		Anz.		1 Fortsetzung		Anz.		Euro		Ct								
Datum/Unterschrift des Zahnarztes																		
V. Rechnungsbeträge (siehe Anlage)																		
1		ZA-Honorar (BEMA siehe III)		Euro		Ct												
2		ZA-Honorar zusätzl. Leist. BEMA																
3		ZA-Honorar GOZ																
4		Mat.- und Lab.-Kosten Gewerbl.																
5		Mat.- und Lab.-Kosten Praxis																
6		Versandkosten Praxis																
7		Gesamtsumme																
8		Festzuschuss Kasse																
9		Versichertenanteil																
Datum/Unterschrift und Stempel des Gutachters																		
Datum/Unterschrift des Zahnarztes																		
Gutachterlich befürwortet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise																		
Eingliederungsdatum: _____																		
Herstellungsort bzw. Herstellungsland des Zahnersatzes: _____																		
Der Zahnersatz wurde in der vorgesehenen Weise eingegliedert.																		
Datum/Unterschrift des Versicherten																		

Verdr. Z 311/10 7.09. Schlütz/BLOCK für 05/10/07/04 www.schlutzblock.de

Bei Handbeschriftung unbedingt in Blockschrift schreiben

MUSTER

07/2009

Heil- und Kostenplan (Anlage 2)

Zahnarzt (Briefkopf)

Patient (Adresse)

Heil- und Kostenplan Teil 2

— Anlage zum Heil- und Kostenplan vom _____

Für Ihre prothetische Behandlung werden entsprechend nachfolgender Aufstellung voraussichtlich folgende Kosten/Eigenanteile anfallen:

Zahn/ Gebiet	GOZ	Leistungsbeschreibung	Anzahl	Betrag EUR
Muster 14.06.05				

Zahnärztliches Honorar GOZ (entsprechend Zeile III/3 HKP): EUR _____

Zahnärztliches Honorar BEMA (entsprechend Zeile III/1 und 2 HKP): EUR _____

Material und Laborkosten (entsprechend Zeile III/4 HKP): EUR _____

Gesamtkosten (entsprechend Zeile III/5 HKP): EUR _____

abzüglich Festzuschüsse: EUR _____

Ihr voraussichtlicher Eigenanteil wird hiernach betragen EUR _____

Kosten für allgemeine und konservierend-chirurgische Leistungen nach der GOZ sind in den Beträgen nicht enthalten. Unvorhersehbare Leistungen, die sich im Rahmen der Behandlung ergeben, werden gesondert berechnet. Unvorhersehbare Veränderungen der Schwierigkeit sowie des Zeitaufwandes der einzelnen Leistungen, der Umstände bei der Ausführung oder der Methode können zu Kostenveränderungen führen.

Ich wünsche eine Versorgung entsprechend des Heil- und Kostenplans nebst dieser Anlage

Datum / Unterschrift des Zahnarztes

Datum / Unterschrift des Versicherten

Informationen über die Kosten der Regelversorgung

Die Kosten für eine dem Befund entsprechende Regelversorgung liegen voraussichtlich in Höhe des doppelten Festzuschusses.

doppelter Festzuschuss EUR _____

abzüglich von der Kasse festgesetzter Festzuschüsse EUR _____

Ihr Eigenanteil würde im Falle der Regelversorgung daher voraussichtlich EUR _____
zzgl. der möglicherweise anfallenden Edelmetallkosten betragen.

**Vereinbarung
zum Heil- und Kostenplan für prothetische Leistungen,
gültig ab 01.01.2012
(Ausfüllhinweise)**

Vorwort:

1. Die Ausfüllhinweise beziehen sich auf den nach der Vereinbarung zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband nach § 87 Abs. 1a SGB V über die Versorgung mit Zahnersatz (Anlage 3 zum BMV-Z/Anlage 4 zum EKVZ) festgelegten Heil- und Kostenplan (Teil 1 und Teil 2).
2. Der Heil- und Kostenplan/Teil 1 ist mit Blindfarbe bedruckt und teilweise maschinenlesbar gestaltet. Nicht maschinenlesbar sind aus datenschutzrechtlichen Gründen die Daten aus den vier dunkel markierten Feldern. Diese Felder sind aber auszufüllen und nur „normal“ lesbar.

Teil 2 ist nicht maschinenlesbar. Dieser Vordruck kann auch individuell per EDV erstellt werden, hierbei dürfen Inhalt, Aufbau und Struktur nicht verändert werden.
3. Die Bestellung und die Kostenübernahme für den Heil- und Kostenplan (Teil 1 und Teil 2) erfolgt auf der Ebene der Gesamtvertragspartner.

Aufklärungspflicht des Zahnarztes gegenüber dem Patienten:

Der Zahnarzt hat den Patienten vor Erstellung des Heil- und Kostenplans über folgendes aufzuklären:

- Befund und Indikation für die Behandlung
- Behandlungsalternativen
- voraussichtliche Behandlungskosten

Einzuhaltendes Verfahren:

Sowohl in Fällen der Regel-, gleich- als auch andersartigen Versorgung ist zu beachten:

- Nach dem Gesetz darf der Zahnarzt keine Gebühr für die Planung oder Erstellung des Heil -und Kostenplans vom Versicherten verlangen.
- Der Heil- und Kostenplan (Teil 1 und Teil 2) hat die Gesamtplanung zu enthalten.
- Der Heil- und Kostenplan (Teil 1 und Teil 2) ist vor Beginn der Behandlung der Krankenkasse vorzulegen. Die Krankenkasse prüft den Heil- und Kostenplan insgesamt. Die Krankenkasse kann den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen. Ohne vorherige Bewilligung der Krankenkasse erhält der Versicherte keinen Festzuschuss. Für Wiederherstellungen/Erneuerungen können gesamtvertragliche Vereinfachungen des Bewilligungsverfahrens bestehen.

Heil- und Kostenplan - Ausfüllhinweise

A. Teil 1

I. Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan

(vom Zahnarzt auszufüllen)

Es sind ausschließlich die auf dem Heil- und Kostenplan unter Erläuterungen enthaltenen Kürzel zu verwenden und ggf. zu kombinieren (z. B. i mit „k“, „b“ oder „x“, „K“ mit „V“ oder „M“, „B“ mit „V“ oder „M“, „S“ mit „K“, „KV“, „KM“, „B“, „BV“, „BM“, „T“, „TV“ oder „E“, etc.). Vollverblendete Teleskop- oder Konuskronen werden unabhängig des verwendeten Verblendmaterials mit „TM“ gekennzeichnet.

Bei der Ermittlung der Anzahl der fehlenden Zähne für die Befundklasse 2 zählt ein Lückenschluss nicht als fehlender Zahn und hat keine Auswirkung auf das Vorliegen einer Freiendsituation. Ein Lückenschluss wird mit dem vereinbarten Kürzel im Zahnschema gekennzeichnet.

Die Zähne im Lückengebiss sind entsprechend ihrer topographischen Lage in das Zahnschema einzutragen. Die topographische Lage entscheidet auch über den Ansatz der Verblendzuschüsse nach den Nrn. 1.3 und 2.7. So ist beispielsweise ein Verblendzuschuss ansetzbar, wenn ein unterer zweiter Prämolare an der Stelle eines fehlenden ersten Prämolaren steht.

1. B - Befund

In Zeile B sind alle bestehenden zahnmedizinischen Befunde gemäß den vereinbarten Abkürzungen immer komplett einzutragen. Eine erneuerungsbedürftige Krone ist beispielsweise mit „kw“ zu kennzeichnen.

Vorhandener Kombinationszahnersatz mit Verbindungselementen (Geschiebe, Anker, Riegel, Steg u. ä.) ist mit "O" an den die Verbindungselemente tragenden Kronen zu kennzeichnen bzw. im Bemerkungsfeld anzugeben.

In dem Heil- und Kostenplan/Teil 1 wurden zum 01.07.2005 zusätzlich die Abkürzungen "ew" (ersetzt, aber erneuerungsbedürftiger Zahn) und "ur" (unzureichende Retention) aufgenommen.

Mit dem Kürzel „ur“ sind zum einen im Zusammenhang mit der Anfertigung eines herausnehmbaren Zahnersatzes diejenigen Zähne zu kennzeichnen, deren natürliche Zahnkronen keine ausreichende Retention für die Halteelemente des Zahnersatzes aufweisen. Zum anderen sind bei Brückenversorgungen diejenigen Zähne mit „ur“ zu kennzeichnen, die aus statischen und funktionellen Gründen als zusätzliche Pfeiler in die Brückenversorgung einbezogen werden sollen.

2. R - Regelversorgung

Die zur Versorgung des zahnmedizinischen Befundes notwendige Regelversorgung in Zeile R ist unabhängig von der Art des Zahnersatzes immer vollständig auszufüllen. Bei den Befunden 7.2 und 7.5 wird die Zeile R nicht ausgefüllt, da für diese Befunde keine tatsächlichen Regelversorgungen in den Festzuschuss-Richtlinien enthalten sind; dies gilt nicht bei der Erneuerung einer implantatgetragenen Totalprothese bei zahnlosem atrophierter Kiefer nach Befund 7.5, hier ist die richtliniengemäße Regelversorgung mit „SE“ anzugeben. Die Regelversorgung ergibt sich aus dem zahnmedizinischen Befund unter Anwendung der Zahnersatz- und der Festzuschuss-Richtlinien. Eine vestibulär verblendete Krone als Regelversorgung erhält beispielsweise die Kennzeichnung „KV“.

Die Zahl und Lage der gegossenen Halte- und Stützelemente muss bei der Regelversorgung (Zeile R) und/oder Therapieplanung (Zeile TP) angegeben werden, damit eine Zuordnung zu den Bema-Gebührenscheiteln für die Software möglich ist.

3. TP - Therapieplanung

Die Zeile TP ist dann auszufüllen, wenn der Heil- und Kostenplan auch die Planung einer gleich- oder andersartigen Versorgung beinhaltet. Das Ausfüllen der Zeile entfällt, wenn nur eine Regelversorgung durchgeführt werden soll.

Gleich- und andersartige Leistungen

Zahnärztliche Leistungen:

Eine tatsächlich geplante Versorgung kann sowohl Regelversorgungsleistungen als auch Leistungen der gleich- und/oder andersartigen Versorgung umfassen.

In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass bei sog. Härtefällen die Krankenkasse den über dem doppelten Festzuschuss liegenden tatsächlichen Rechnungsbetrag nur übernimmt, wenn eine Regelversorgung durchgeführt wird.

Gleichartiger Zahnersatz liegt vor, wenn dieser die Regelleistung beinhaltet und zusätzliche Zahnersatz-Leistungen hinzukommen. Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 SGB V hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Abs. 2 Satz 10 SGB V aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen.

Versicherte haben Anspruch auf Erstattung bewilligter Festzuschüsse nach § 55 Abs. 5 SGB V, wenn eine von der Regelversorgung abweichende, andersartige Versorgung durchgeführt wird.

Eine andersartige Versorgung liegt vor, wenn eine andere Versorgungsart (Brücken, herausnehmbarer Zahnersatz, Kombinationsversorgung, Suprakonstruktionen) als die, welche in den Regelleistungen für den jeweiligen Befund beschrieben ist, gewählt wird.

Zahntechnische Leistungen:

Die Verwendung von Edelmetalllegierungen oder Reinmetall statt NEM-Legierung ändert nicht den Charakter der Versorgung. Mögliche Mehrkosten für Edelmetalllegierungen oder Reinmetall ergeben sich allein aus den Materialkosten. Bei zahntechnischen Leistungen für sog. Härtefälle übernimmt die Krankenkasse auch bei Härtefällen nur die Kosten für NEM-Legierungen.

4. Bemerkungen

Dieses Feld kann für Hinweise genutzt werden, die aus dem Befund nicht ersichtlich sind.

- Die Art der Verblendung (Kunststoff, Komposit oder Keramik) kann ggf. im Feld "Bemerkungen" angegeben werden.
- In diesem Feld sind Angaben zur Art der Leistung zu machen, für die Festzuschüsse in den Befundklassen 6 und 7 (Wiederherstellung / Erweiterung) anzusetzen sind. Das Ausfüllen des Befundfeldes entfällt bei Wiederherstellungsmaßnahmen von Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen.
- Außerdem können hier Angaben über vorhandene, funktionsfähige Verbindungselemente und Verblockungen gemacht werden, für die es keine Befundkürzel gibt.

II. Befunde für Festzuschüsse (vom Zahnarzt auszufüllen)

1. Spalte 1: Befund Nr.

In Spalte 1 sind die für die jeweilige Versorgung erforderlichen Befund-Nrn. gemäß den Festzuschuss-Richtlinien anzugeben.

Liegen bei einem Versicherten mehr als sieben mögliche Befunde vor, für die Festzuschüsse ermittelt werden, sind die weiteren Befunde auf einem 2. Heil- und Kostenplan aufzulisten. Eine Wiederholung der vorhergehenden Daten sowie der Art der Versorgung und die Bildung einer Zwischensumme sind entbehrlich. Dieser 2. Heil- und Kostenplan muss jedoch die Daten der Krankenversichertenkarte sowie den Zahnarzt-Stempel enthalten.

2. Spalte 2: Zahn/Gebiet

In Spalte 2 ist die Zahnbezeichnung, bei Brücken das zu versorgende Gebiet (z. B. Zahn 26 fehlt = 25 - 27) und bei Teil- und Totalprothesen der Kiefer anzugeben.

3. Spalte 3: Anzahl

In Spalte 3 ist die Anzahl der jeweiligen den Festzuschuss auslösenden Befunde anzugeben.

4. Nachträgliche Befunde und deren Zuschussfestsetzung bzw. Abrechnung

Nachträglich können für konfektionierte Stifte oder gegossene Stiftaufbauten Befunde nach Nrn. 1.4 oder 1.5 anfallen. Die Befunde für diese Festzuschüsse (Euro-Betrag) müssen nicht gesondert bewilligt werden, sondern werden vom Zahnarzt im Rahmen der elektronischen Abrechnung an die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen übermittelt oder im Falle der Direktabrechnung auf dem bereits genehmigten Heil- und Kostenplan eingetragen.

Der freie Bereich unter der vorläufigen Summe kann für die Angabe des Festzuschusses nach den Nrn. 1.4 oder 1.5 durch den Zahnarzt genutzt werden.

Werden im Laufe der Behandlung andere Befunde festgestellt, die über die bewilligten Festzuschüsse hinausgehen, ist der Heil- und Kostenplan erneut dem Kostenträger vorzulegen.

III. Kostenplanung

(vom Zahnarzt auszufüllen)

1. Nr. 1: BEMA-Nrn. und Anzahl sowie Fortsetzungsfelder

Der geplanten Regelversorgung zugeordnete Bema- Nrn. und Anzahl;
Beispiel: 19 x 3, 91 b x 2, 92.

Liegen bei der Kostenplanung mehr als 10 Bema-Positionen vor, sind die weiteren Bema-Positionen auf einem 2. Heil- und Kostenplan aufzulisten. Eine Wiederholung der vorhergehenden Daten ist entbehrlich. Dieser 2. Heil- und Kostenplan muss jedoch die Daten der Krankenversichertenkarte sowie den Zahnarzt-Stempel enthalten.

2. Nr. 2: Zahnärztliches Honorar BEMA

Das zahnärztliche Honorar nach BEMA errechnet sich aus der Summe der Bewertungszahlen multipliziert mit dem jeweils gültigen Punktwert. Der Betrag ist in EUR und Cent anzugeben.

3. Nr. 3: Zahnärztliches Honorar GOZ (geschätzt)

Fallen GOZ-Leistungen bei gleich- bzw. andersartigen Versorgungsleistungen an, wird das sich aus Heil- und Kostenplan/Teil 2 ergebende geschätzte GOZ-Honorar in EUR angegeben. Dabei ist nur der Honorarbetrag für die prothetischen Leistungen einzutragen, nicht jedoch eventuell anfallende zusätzliche Beträge, beispielsweise für implantologische oder funktionsdiagnostische Leistungen.

4. Nr. 4: Material- und Laborkosten (geschätzt)

Die anzugebenden Material- und Laborkosten umfassen die geschätzten Gesamtkosten für zahntechnische Leistungen im gewerblichen Labor und/oder im Praxislabor sowie die abrechenbaren Kosten für Praxismaterialien für die geplante Therapie (Gesamtversorgung) in einer Summe. Dies gilt auch in Fällen, in denen gleich- oder andersartige Leistungen anfallen. Es sind sowohl die BEL- als auch die BEB-Leistungen addiert in EUR hier einzutragen.

5. Nr. 5: Behandlungskosten insgesamt (geschätzt)

Diese Summe ergibt sich aus den Nrn. 1 bis 4.

Das Feld III. ist mit Datum versehen zu unterschreiben und der Heil- und Kostenplan (Teil 1 und ggf. Teil 2, siehe dazu unten Teil B) der Krankenkasse ggf. über den Patienten, zur Zuschussfestsetzung zuzuleiten.

IV. Zuschussfestsetzung

(von der Krankenkasse auszufüllen)

Die vom Zahnarzt festgestellten Befunde werden von der Krankenkasse geprüft. Ggf. wird die Krankenkasse das Gutachterverfahren einleiten, um feststellen zu lassen,

- Ob der im Heil- und Kostenplan angegebene Befund zutreffend ist,
- Ob die Notwendigkeit einer prothetischen Versorgung besteht,
- Ob die geplante Versorgung zahnmedizinischen Erkenntnissen gerecht wird.

Danach setzt die Krankenkasse die jeweiligen Festzuschüsse fest. Des Weiteren trägt die Krankenkasse den Bonusanspruch mit 00, 20 oder 30 ein. Bei Härtefällen kann das entsprechende Feld von der Krankenkasse angekreuzt oder mit den Buchstaben „HF“ versehen werden. Nach Bewilligung der Festzuschüsse erhält der Zahnarzt den Heil- und Kostenplan zurück, danach kann mit der Behandlung begonnen werden.

Wird nach der Festsetzung der Festzuschüsse die Planung (z. B. auf Wunsch des Versicherten) abgeändert, ist der Heil- und Kostenplan erneut dem Kostenträger vorzulegen.

V. Rechnungsbeträge/edv-mäßige Erstellung der Abrechnung

Die Abrechnung der Festzuschüsse für Regel- und/oder gleichartige Versorgungsleistungen erfolgt über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern. Dabei ist der Datensatz unter Berücksichtigung der vertraglichen Bestimmungen, insbesondere des § 6 zum DTA-Vertrag vollständig zu erstellen und an die Kassenzahnärztliche Vereinigung zu übermitteln. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen bestimmen das Verfahren der Datenlieferung gem. § 4 der Vereinbarung zur Einführung der papierlosen Abrechnung vom 12.07.2011.

1. Zahnarzthonorar (BEMA siehe III)

Die Summe der unter Nr. III/1 des Heil- und Kostenplanes genannten BEMA-Positionen für die Regelleistungen ist in EUR und Cent zu übermitteln.

Wurden nur Teilleistungen erbracht, weil der Versicherte beispielsweise verstorben ist, werden diese mit einem „T“ für Teilleistungen gekennzeichnet und ggf. mit der Erklärung versehen, warum es nicht zur Vollendung der vorgesehenen Leistungen gekommen ist.

2. Zahnarzthonorar zusätzliche Leistungen BEMA

Das Zahnarzthonorar für BEMA-Leistungen, die im Laufe der Behandlung zusätzlich angefallen sind (beispielsweise das Wiederbefestigen oder die Neuanfertigung eines Provisoriums) ist in EUR und Cent zu übermitteln.

Das umfasst auch das Honorar für nachträgliche Befunde, soweit diese der Regelversorgung zuzuordnen sind.

3. Zahnarzthonorar GOZ

Die tatsächlich angefallenen GOZ-Gebühren bei gleich- und andersartigen Versorgungsleistungen sind in EUR und Cent zu übermitteln.

4. Material- und Laborkosten Gewerblich

Die Summe aller im gewerblichen Labor angefallenen tatsächlichen Material- und Laborkosten nach BEL und BEB ist in EUR und Cent zu übermitteln.

5. Material- und Laborkosten Praxis

Die Summe aller in der Praxis oder im praxiseigenen Labor tatsächlich angefallenen Material- und Laborkosten nach BEL und BEB ist in EUR und Cent zu übermitteln.

6. Versandkosten Praxis

Versandkosten der Praxis je Versandgang für die Versendung von Arbeitsunterlagen (Abformung, Modell u. ä.) an das gewerbliche Labor sind zu übermitteln.

7. Gesamtsumme

Die Gesamtsumme bestehend aus der Addition der Rechnungsbeträge für das Zahnarzt Honorar nach BEMA bzw. GOZ, der Summe aller im Eigen- bzw. Fremdlabor entstandenen tatsächlichen Material- und Laborkosten sowie der Versandkosten ist zu übermitteln.

8. Festzuschuss Kasse

Der Festzuschuss der Krankenkasse ist in EUR zu übermitteln. Dieser errechnet sich durch Addition der Zuschussfestsetzung der Krankenkasse unter Ziffer IV. des Heil- und Kostenplans sowie ggf. Festzuschüsse für nachträgliche Befunde, höchstens jedoch die tatsächlichen Kosten. Bei Teilleistungen sind die Beträge gemäß Befundklasse 8 einzutragen.

Härtefall:

Versicherte, die gemäß § 55 Abs. 2 SGB V unzumutbar belastet werden, erhalten grundsätzlich den doppelten Festzuschuss bzw. höchstens die tatsächlichen Kosten, wenn eine Regelversorgung durchgeführt wird. Deckt der doppelte Festzuschuss die tatsächlichen Kosten nicht ab, übernimmt die Krankenkasse auch die zusätzlichen Kosten.

Wählen diese Versicherten einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- und/oder andersartigen Zahnersatz, erhalten sie maximal den doppelten Festzuschuss.

Bei der Abrechnung des Festzuschusses ist zu prüfen, ob und in welcher Höhe Kosten für die Verwendung einer Edelmetalllegierung oder von Reinmetall angefallen sind.

Die tatsächlichen Kosten bei der Regelversorgung und der doppelte Festzuschuss bei gleich- und andersartigen Versorgungsleistungen werden von der Krankenkasse nur insoweit übernommen, als darin keine Mehrkosten für Edel- oder Reinmetall enthalten sind.

Daher sind diese Mehrkosten von den tatsächlichen Gesamtkosten abzuziehen. Der sich daraus ergebende Betrag ist der anzusetzende Festzuschuss. Der VDZI hat zugesagt, gegenüber seinen Mitgliedern die Empfehlung auszusprechen, dass ein gesonderter Ausweis der Edelmetallkosten erfolgen soll. Die Mehrkosten ergeben sich aus der Differenz der Kosten für die jeweils verwendete Edelmetalllegierung oder Reinmetall abzüglich der für die jeweilige Regelversorgung vorgesehenen NEM-Abrechnungsbeträge inkl. MwSt. Der errechnete Betrag ist in Nr. 8 einzutragen.

Beispiel:

Gesamtkosten	1.050,- EUR
Doppelter Festzuschuss	1.000,- EUR
./. Mehrkosten	
(Edelmetallkosten ./. fiktive NEM-Kosten)	100,- EUR
	<hr/>
Festzuschuss der Krankenkasse	950,- EUR

Direktabrechnung:

Im freien Feld rechts außen kennzeichnet der Vertragszahnarzt den Heil- und Kostenplan mit "D", wenn eine Auszahlung der Festzuschüsse direkt von der Krankenkasse an den Versicherten zu erfolgen hat (siehe Rechnungslegung). Die Abrechnung erfolgt gegenüber dem Versicherten auf dem Heil- und Kostenplan in Papierform.

9. Versichertenanteil

Der Versichertenanteil ist in EUR zu übermitteln. Dieser bildet die Differenz zwischen der Gesamtsumme und dem Festzuschuss der Krankenkasse.

VI. Sonstige Angaben

Das Eingliederungsdatum des Zahnersatzes wird in der Form: „TTMMJJ“ übermittelt.

Als Herstellungsort wird für das Inland der Buchstabe „D“ dem Ortsnamen vorangestellt, bei Herstellung im Ausland ist der Landesname anzugeben.

Der Zahnarzt bestätigt abschließend mit Datum und Unterschrift die Eingliederung des Zahnersatzes in der vorgesehenen Weise.

B. Teil 2

Teil 2 des Heil- und Kostenplans ist vom Zahnarzt nur bei gleich- und andersartigen Versorgung, dann aber verpflichtend, auszufüllen.

Gebührenaufstellung:

In Teil 2 ist der Zahn bzw. das Gebiet, die GOZ-Position nebst Leistungsbeschreibung, die Anzahl und die darauf entfallenden, geschätzten, in volle Euro kaufmännisch gerundeten Beträge anzugeben.

Unterschrift des Zahnarztes:

Der Zahnarzt bestätigt diese Angaben mit seiner Unterschrift.

Unterschrift des Versicherten:

Wünscht der Versicherte eine gleich- oder andersartige Versorgung, ist nach erfolgter Aufklärung durch den Zahnarzt Teil 2 des Heil- und Kostenplans vom Versicherten oder seinem gesetzlichen Vertreter spätestens vor Behandlungsbeginn zu unterschreiben.

Information:

Das graue Feld „Information über die Kosten der Regelversorgung“ dient der Information und Aufklärung des Versicherten. Es soll einen Vergleich zwischen dem Eigenanteil für die tatsächlich geplanten Leistungen und dem Eigenanteil, der bei Wahl der entsprechenden Regelversorgung angefallen wäre, ermöglichen. Dieses Feld ist vom Zahnarzt auszufüllen und nach der Festzuschussfestsetzung durch die Krankenkasse vom Zahnarzt ggf. zu korrigieren.

C. Rechnungslegung

I. Festzuschüsse

Die Abrechnung der Festzuschüsse bei Regel- und/oder gleichartigen Versorgung erfolgt über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen grundsätzlich im Wege elektronischer Datenübermittlung.

Handelt es sich um andersartige Versorgungsleistungen oder entfallen bei Mischfällen (Regelleistungen und/oder gleichartige Leistungen in Verbindung mit andersartigen Leistungen) mehr als 50 v. H. des zahnärztlichen Honorars auf andersartige Versorgungsleistungen, erfolgt eine Direktabrechnung mit dem Versicherten. Teil 1 des Heil- und Kostenplans ist bei andersartigen Versorgungsleistungen der Versichertenrechnung beizufügen. Die Gesamtvertragspartner können eine andere prozentuale Grenze als 50 v. H. vereinbaren.

Bei Härtefällen wird auch der über dem doppelten Festzuschuss liegende Betrag, den die Krankenkasse nur bei Regelversorgungsleistungen übernimmt, bis zur tatsächlichen Rechnungshöhe über die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen abgerechnet. Die Rechnungsstellung gegenüber dem Härtefall bleibt davon unberührt (siehe dazu auch I. c).

II. Eigenanteil

Der Versicherte erhält vom Zahnarzt eine Rechnung über die angefallenen Kosten für die einzelnen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen.

Bei der Inanspruchnahme der Regelversorgung und/oder Leistungen der gleichartigen Versorgung werden die Gesamtkosten abzüglich der festgesetzten Festzuschussbeträge ausgewiesen (Eigenanteil des Versicherten). Bei der Inanspruchnahme von Leistungen der andersartigen Versorgung werden die festgesetzten Festzuschussbeträge nicht von der Rechnungssumme abgezogen (Gesamtkosten).

Der Rechnung an den Versicherten ist ein Exemplar der Rechnung des gewerblichen oder des Praxislabor über zahntechnische Leistungen und die Erklärung nach Anhang VIII der Richtlinie 93/42/EWG des Rates vom 14.06.1993 über Medizinprodukte (Konformitätserklärung) beizufügen. Dies bedeutet, dass die Konformitätserklärung beim Versicherten verbleibt.

Köln, Berlin, 14.12.2011

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

GKV-Spitzenverband

Anlage 4

Anmerkung der KZBV zu Anlage 4 zum BMV-Z

Die Verfahrensordnung wird zwischen den Partnern der Gesamtverträge vereinbart.

Anlage 4

Verfahrensordnung (§ 22 Abs. 6 BMV-Z)

§ 1 - Prüfung der Abrechnungsfälle

(1) Die Abrechnungsstellen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen überprüfen die von den Kassenzahnärzten zur Abrechnung eingereichten Behandlungsausweise darauf,

- a) ob es sich um Behandlungsausweise der jeweiligen Kasse handelt,
- b) ob sie ordnungsgemäß und vollständig ausgefüllt sind und
- c) ob die Honoraranforderungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig stimmen.

(2) Die Abrechnungsstellen haben nicht abrechnungsfähige Leistungen zu streichen. Sonstige Mängel haben sie unter Mitwirkung des Kassenzahnarztes zu beheben; desgleichen sorgen sie für die Abstellung entsprechender Beanstandungen von Krankenkassen.

(3) Soweit über die Berichtigung von Honorarforderungen keine Einigung erzielt werden kann, entscheidet hierüber der Prüfungsausschuss.

§ 2 - Vorbereitung der Prüfungen

(1) Zur Vorbereitung eingehender individueller Überprüfung der Behandlungsausweise der einzelnen Kassenzahnärzte durch die Prüfungsausschüsse erstellen die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen vierteljährlich eine Statistik der ausgeführten Leistungen, bezogen auf 100 Behandlungsfälle, für die Gesamtheit aller Krankenkassen getrennt nach Orts-, Betriebs-, Innungs- und Landwirtschaftlichen Krankenkassen.

(2) Ferner erstellen die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen vierteljährlich die durchschnittliche Summe der Bewertungszahlen je Behandlungsfall für jeden Kassenzahnarzt und für die Gesamtheit aller Kassenzahnärzte.

(3) In jedem Abrechnungsvierteljahr errechnet die Kassenzahnärztliche Vereinigung bei 30 v.H. ihrer Kassenzahnärzte, die vom Prüfungsausschuss jeweils bezeichnet werden, aus der gesamten kassenzahnärztlichen Tätigkeit, getrennt für jeden Kassenzahnarzt, die Anzahl der einzelnen Leistungen bezogen auf 100 Behandlungsfälle.

(4) Die Statistiken nach Abs. 1 bis 3 werden den Prüfungsausschüssen und den Landesverbänden der Krankenkassen übermittelt.

§ 3 - Festsetzen der Prüfungen¹

(1) Die Prüfungsausschüsse haben alsbald nach Eingang der Abrechnungen für jedes Abrechnungsvierteljahr Prüfungen in der Regel bei 15 v. H. aller Kassenzahnärzte ihres Bezirks vorzunehmen. Insbesondere sollen Kassenzahnärzte überprüft werden, deren Abrechnungen

¹ *Beschluss Nr. 2 der Technischen Kommission zu § 3 Abs. 1: Werden bei der Prüfung erhebliche Mängel festgestellt und besteht begründeter Anlass zu der Vermutung, dass solche Mängel auch in früheren Abrechnungen vorgekommen sind, hat der Prüfungsausschuss in entsprechender Anwendung des § 3 Abs. 2 Verfahrensordnung auch zurückliegende Quartale zu prüfen.*

insgesamt oder bei einzelnen Leistungen in dem vorausgegangenen Abrechnungsvierteljahr erheblich vom Durchschnitt abgewichen sind (§ 2). In der in Satz 1 genannten Zahl sind die auf Antrag von Krankenkassen durchzuführenden Prüfungen eingeschlossen.

(2) Prüfungsanträge der Krankenkassen oder ihrer bevollmächtigten Verbände können höchstens für die jeweils letzten acht den Krankenkassen vorliegenden Quartalsabrechnungen gestellt werden.

§ 4 - Prüfung der Verordnungsweise

(1) Die Prüfungsausschüsse setzen auf Antrag der Krankenkassen oder ihrer bevollmächtigten Verbände Prüfungen der Verordnungsweise von Kassenzahnärzten an. Sie können diese Prüfungen auf die Behandlungsweise ausdehnen.

(2) Anträge auf Prüfung der Verordnungsweise können sich beziehen auf

- a) die Verordnung einzelner Medikamente, deren Ausstellungsdatum in ein Abrechnungs-
vierteljahr fällt, dessen Ende nicht länger als ein Jahr zurückliegt, und
- b) die gesamte Arzneiverordnung eines Kassenzahnarztes während der letzten zwei Jahre.

Allen Anträgen sind die Behandlungsausweise und Verordnungsblätter beizufügen, auf die sie sich erstrecken.

§ 5 - Entscheidungen des Prüfungsausschusses

(1) Die Prüfungsausschüsse entscheiden darüber,

- a) ob die berechneten Leistungen nach den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen als abrechnungsfähig anzuerkennen sind,
- b) ob die berechneten Leistungen den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen über die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit entsprechen,
- c) ob die Arzneiverordnungen der Kassenzahnärzte den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen über Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit entsprechen, und
- d) ob und in welcher Höhe ein sonstiger Schaden (§ 23 Abs. 1 BMV-Z) vorliegt; sie entscheiden außerdem über die Beanstandungen nach § 1 Abs. 3.

(2) Die Prüfungsausschüsse setzen die Höhe des zu kürzenden oder zu erstattenden Betrages fest, der sich aus den Feststellungen nach Abs. 1 ergibt.

(3) Bei Verstößen von geringer Bedeutung kann die Kürzung oder die Festsetzung des zu erstattenden Betrages unterbleiben; dem betreffenden Kassenzahnarzt ist eine Belehrung zu erteilen.

§ 6 - Grundlagen für die Entscheidungen der Prüfungsausschüsse

(1) Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit sind die gesamte Tätigkeit des Zahnarztes und die besonderen Verhältnisse seiner Praxis zu berücksichtigen.

(2) Soweit die Prüfung anhand einzelner Behandlungsfälle ohne unverhältnismäßige Schwierigkeiten und Aufwendungen durchgeführt werden kann, haben die Prüfungseinrichtungen die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der kassenzahnärztlichen Behandlung grundsätzlich in dieser Weise zu prüfen. Im übrigen können sie den Umfang der Unwirtschaftlichkeit auf Grund eines Vergleichs schätzen, den sie ziehen

- a) zwischen unterschiedlichen Berechnungen des Kassenzahnarztes in verschiedenen Abrechnungszeiträumen oder
- b) zu den Abrechnungen anderer Kassenzahnärzte mit gleichartiger Praxis in demselben Abrechnungsbezirk.

(3) Eine unwirtschaftliche Behandlungsweise ist insbesondere zu vermuten, wenn sich Fälle häufen, in denen

- a) Untersuchungen und Beratungen (Pos. 1 des Bema) neben anderen Leistungen oder
- b) wiederholt Füllungen an derselben Stelle oder
- c) vor Wurzelbehandlungen Maßnahmen gegen caries profunda oder
- d) vor Extraktionen Wurzelbehandlungen oder
- e) Röntgenaufnahmen vitaler Zähne

berechnet werden.

(4) Über die Höhe der zu kürzenden oder zu erstattenden Beträge gem. § 5 Abs. 2 entscheidet der Prüfungsausschuss unter Würdigung aller in Betracht kommenden Umstände nach freier Überzeugung.

§ 7 - Allgemeine Beweismittel

(1) Die Prüfungsausschüsse erheben die notwendigen Beweise von Amts wegen oder auf Antrag.

(2) Beweismittel sind insbesondere

- a) die zur Abrechnung eingereichten Behandlungsausweise des Kassenzahnarztes und gegebenenfalls sonstige Abrechnungsunterlagen,
- b) die Arznei-Verordnungen des Kassenzahnarztes,
- c) die vom Kassenzahnarzt ausgestellten Bescheinigungen,
- d) die Aufzeichnungen des Kassenzahnarztes gem. § 5 Abs. 1 BMV-Z,
- e) die vom Kassenzahnarzt abgerechneten Röntgenaufnahmen,
- f) das aus den Behandlungsausweisen zusammengestellte Zahlenmaterial (§ 27 BMV-Z) und
- g) das aus den Arznei-Verordnungen, Krankenhauseinweisungen und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen der Kassenzahnärzte zusammengestellte Zahlenmaterial.

(3) Die in Abs. 2 a-c bezeichneten Beweismittel sind auf Anforderung des Vorsitzenden des Prüfungsausschusses zu den Akten des Prüfungsausschusses zu geben; die unter d und e genannten Beweismittel hat der Kassenzahnarzt auf Anforderung vorzulegen. Die unter f genannten Beweismittel stellen die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen oder ihre Abrechnungsstellen und die unter g) genannten die Krankenkassen oder ihre Verbände zur Verfügung.

§ 8 - Kontrolluntersuchungen

(1) Zur Sicherung ihrer Entscheidung über Umfang, Art und Sorgfalt der Behandlung eines Kassenzahnarztes können die Prüfungseinrichtungen Kontrolluntersuchungen anordnen. Eine Kontrolluntersuchung soll insbesondere dann durchgeführt werden, wenn der Verdacht auf Abrechnung nicht erbrachter Leistungen besteht oder wenn der der Prüfung unterworfenen Kassenzahnarzt oder die Krankenkassen, deren Versicherten von ihm behandelt wurden, es beantragt haben.

(2) Die Vorladung der Patienten zur Kontrolluntersuchung erfolgt durch ihre Krankenkasse.

(3) Der der Prüfung unterworfenen Kassenzahnarzt und die zahnärztlichen Mitglieder der Prüfungseinrichtungen haben das Recht auf Teilnahme an der Kontrolluntersuchung. Sie sind rechtzeitig von Ort und Zeitpunkt der Kontrolluntersuchung zu verständigen.

(4) Die Kosten der Kontrolluntersuchung haben die Prüfungseinrichtungen in ihren Entscheidungen ganz oder teilweise aufzuerlegen:

- a) dem der Prüfung unterworfenen Kassenzahnarzt, wenn die Kontrolluntersuchung Beanstandungen ergab, oder
- b) der die Kontrolluntersuchung beantragenden Krankenkassen, wenn sich keine Beanstandungen ergaben.

(5) Die vorstehenden Vorschriften gelten nur insoweit, als ihnen keine Vereinbarungen gem. § 20 Abs. 5 Satz 2 BMV-Z entgegenstehen.

§ 9 - Verfahren vor dem Prüfungsausschuss

(1) Beteiligte am Verfahren sind der Kassenzahnarzt und die Krankenkasse bzw. deren bevollmächtigte Verbände, soweit sie Anträge gestellt haben.

(2) Anträge der Beteiligten sollen in vierfacher Ausfertigung mit schriftlicher Begründung beim Prüfungsausschuss eingereicht werden.

(3) Der Vorsitzende des Prüfungsausschusses kann zur Vorbereitung des Verfahrens Anträge und Stellungnahmen den Beteiligten zur Stellungnahme zuleiten. Er kann für Stellungnahmen eine Frist setzen. Für Stellungnahmen der Beteiligten gilt § 9 Abs. 2 entsprechend.

(4) Der Vorsitzende hat die Beteiligten mit einer Frist von mindestens zwei Wochen zur Sitzung zu laden; er hat in der Ladung darauf hinzuweisen, dass auch in Abwesenheit der Beteiligten entschieden werden kann. Die Ladung des Kassenzahnarztes kann unterbleiben, wenn eine ihn beschwerende Entscheidung nicht zu erwarten ist. Die Kosten ihrer Teilnahme tragen die Beteiligten selbst.

(5) Über die Sitzungen der Prüfungsausschüsse sind Niederschriften zu fertigen, die die Entscheidungen sowie die wichtigsten Erklärungen und Feststellungen enthalten und vom Vorsitzenden zu unterzeichnen sind. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen erhalten je eine Ausfertigung der Niederschriften.

(6) Der Prüfungsausschuss entscheidet mit Stimmenmehrheit; Stimmenenthaltungen sind unzulässig. Die Entscheidungen der Prüfungsausschüsse sind so zu begründen, dass aus ihnen die Gründe für die Vornahme oder das Unterbleiben von Kürzungen oder für die Festsetzung von Erstattungsbeträgen unter Berücksichtigung der Grundsätze des § 6 klar erkennbar sind. Sie sind mit Rechtsmittelbelehrung zu versehen, vom Vorsitzenden zu unterzeichnen und den Betroffenen (§ 22 Abs. 6 BMV-Z) möglichst innerhalb eines Monats nach der Entscheidung zuzusenden.

§ 10 - Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss

(1) Die Kassenzahnärzte und Krankenkassen, die durch die Entscheidungen des Prüfungsausschusses beschwert sind, bzw. die bevollmächtigten Verbände dieser Krankenkassen, haben das Recht, Beschwerde gegen die Entscheidungen des Prüfungsausschusses einzulegen. Die Beschwerde ist binnen eines Monats nach Zugang der Entscheidung dem Beschwerdeausschuss schriftlich oder zur Niederschrift einzureichen. Die Beschwerde soll in vierfacher Ausfertigung eingereicht werden und Angaben darüber enthalten, inwieweit und aus welchen Gründen die Entscheidung angefochten wird.

(2) Der Vorsitzende des Beschwerdeausschusses setzt alsbald einen Termin zur Verhandlung an und leitet Durchschriften der Beschwerdeschrift den am Verfahren Beteiligten zu. Die Beteiligten können vor dem Termin zur Beschwerde schriftlich Stellung nehmen.

(3) Allen Beteiligten ist im Termin Gelegenheit zu geben, ihre Auffassung persönlich oder durch einen Vertreter vorzutragen. Der beteiligte Kassenzahnarzt kann sich durch einen Kassenzahnarzt oder durch einen Rechtsanwalt vertreten lassen. Die beteiligten Krankenkassen lassen sich in der Regel durch ihren Landesverband vertreten.

(4) Der Beschwerdeausschuss entscheidet mit einfacher Stimmenmehrheit; bei Stimmengleichheit gilt eine Beschwerde als zurückgewiesen. Die Entscheidungen sind entsprechend § 9 Abs. 6 Satz 2 zu begründen und vom Vorsitzenden sowie einem Vertreter der Krankenkassen zu unterzeichnen.

(5) Die Entscheidungen des Beschwerdeausschusses sind den Betroffenen (§ 22 Abs. 6 BMV-Z) zuzustellen. Die Betroffenen sind hierbei über die Zulässigkeit der Klage, das Gericht, bei dem die Klage zu erheben ist, den Sitz des zuständigen Gerichts und die Frist zur Erhebung der Klage zu belehren (§§ 85 Abs. 3, 66, 87 und 90 des Sozialgerichtsgesetzes). Zugestellt wird nach den §§ 2 bis 15 des Verwaltungszustellungsgesetzes vom 3. Juli 1952 (Bundesgesetzblatt I Seite 379).

(6) Soweit sich aus den Abs. 1 bis 5 nicht etwas anderes ergibt, gelten die Vorschriften des § 9 für das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss entsprechend.

§ 11 - Gemeinsame Vorschriften für die Prüfungseinrichtungen

(1) Die Amtsdauer der Mitglieder der Prüfungseinrichtungen beträgt vier Jahre.

(2) Ein Mitglied kann aus einem wichtigen Grunde durch die Stelle abberufen werden, von der es bestellt ist.

(3) Die Mitglieder der Ausschüsse haben Anspruch auf Erstattung ihrer baren Auslagen und auf eine Entschädigung für Zeitverlust nach den für die Mitglieder der Organe der bestellenden Körperschaften geltenden Grundsätzen. Der Anspruch richtet sich gegen die bestellenden Körperschaften.

(4) Die Mitglieder der Ausschüsse sind bei Ausübung ihrer Entscheidung an Weisungen nicht gebunden. Sie haben über den Hergang bei der Beratung sowie über die Person des von einem Prüfungsverfahren betroffenen Zahnarztes - soweit dienstliche Verpflichtungen nicht entgegenstehen - und über die Abstimmung Stillschweigen zu bewahren.

(5) Den Vorsitz des Beschwerdeausschusses hat ein Vertreter der Kassenzahnärztlichen Vereinigung.

(6) Stimmberechtigte Mitglieder der Prüfungsausschüsse können nicht Mitglieder der Beschwerdeausschüsse sein.

(7) Die am Verfahren Beteiligten haben das Recht, die gesamten Unterlagen eines Prüfungsverfahrens in den Räumen der Prüfungseinrichtung in Anwesenheit eines Beauftragten der Prüfungseinrichtung einzusehen.

§ 12 - Mitteilung gröblicher Verletzungen kassenzahnärztlicher Pflichten

Werden den Prüfungseinrichtungen Tatsachen bekannt, die ein Verfahren vor den Disziplinar- oder Zulassungsinstanzen nach sich ziehen könnten, so unterrichten sie den Vorstand der Kassenzahnärztlichen Vereinigung und den zuständigen Landesverband der Krankenkassen.

§ 13 - Inkrafttreten

Diese Verfahrensordnung gilt ab 1. Juli 1962; sie ist auf alle Verfahren, die sich auf frühere Abrechnungszeiträume beziehen, sinngemäß anzuwenden, sofern nicht schon eine Sitzung in der jeweiligen Instanz vor dem 1. Juli 1962 stattgefunden hat.

Anlage 5

Vereinbarung über die Bildung einer Technischen Kommission

§ 1

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Bundesverbände der Orts-, Betriebs-, Innungs- und Landwirtschaftlichen Krankenkassen bilden eine Technische Kommission. Sie hat die Aufgabe, Zweifelsfragen, die sich aus dem BMV-Z und seinen Anlagen, insbesondere aus den Positionen der Bewertungsmaßstäbe und ihren Erläuterungen ergeben, durch verbindliche Auslegung der in Frage kommenden Bestimmungen zu klären. Änderungen des BMV-Z und seiner Anlagen gehören nicht zu den Aufgaben der Kommission; sie bleiben der förmlichen Vereinbarung durch die Parteien des BMV-Z vorbehalten.

§ 2

Beschlüsse der Kommission, die Feststellungen gem. § 1 zum Gegenstand haben, werden Bestandteil des BMV-Z oder seiner Anlagen. Sie werden verbindlich, wenn nicht innerhalb eines Monats nach der Beschlussfassung eine der beteiligten Körperschaften eine erneute Beratung beantragt; der Antrag ist zu begründen.

§ 3

Die Kommission besteht aus sechs Vertretern der KZBV, drei Vertretern des BdO und je einem Vertreter des BdB, Bdl und BLK.

§ 4

Den Vorsitz in der Kommission führt abwechselnd ein Vertreter der KZBV und der Bundesverbände der Krankenkassen.

§ 5

Die Geschäftsführung liegt jeweils bei der Körperschaft, deren Vertreter den Vorsitz führt.

§ 6

Die Kommission tritt nach Bedarf zusammen. Soweit sie nicht über ihr nächstes Zusammen- treten beschlossen hat, wird der Termin für die Sitzung durch die Geschäftsführung im Ein- vernehmen mit den übrigen Körperschaften festgelegt. Die Kommission ist innerhalb eines Monats einzuberufen, wenn eine der Körperschaften dies schriftlich beantragt.

§ 7

Die Kommission ist beschlussfähig, wenn mindestens zwei Drittel der Mitglieder anwesend sind. Die Beschlussfassung erfolgt mit einfacher Stimmenmehrheit; bei Stimmgleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt. An der Abstimmung darf sich jeweils nur die gleiche Zahl von Vertre- tern der KZBV und der Bundesverbände der Krankenkassen beteiligen.

§ 8

Anträge an die Kommission sind schriftlich formuliert der Geschäftsführung bis spätestens 14 Tage vor einer Sitzung einzureichen. Die Geschäftsführung stellt aus den Anträgen nach § 2, aus den unerledigten Anträgen der vergangenen Sitzung und den ihr rechtzeitig zugehenden Anträgen die Tagesordnung nach der Reihenfolge des Eingangs der Anträge zusammen und versendet sie mit ihrem vollen Wortlaut spätestens eine Woche vor der anstehenden Sitzung an die übrigen Körperschaften in der erforderlichen Zahl.

§ 9

Die Kommission beschließt zunächst über Anträge zu der von der Geschäftsführung vorgelegten Tagesordnung (Änderung der Reihenfolge, Aufnahme weiterer Sachanträge) und behandelt sodann die Anträge in der Reihenfolge der Tagesordnung.

§ 10

Ist ein Antrag durch Beschluss der Kommission abgelehnt worden, so kann ein Antrag gleichen Inhalts in der laufenden und für die darauffolgende Sitzung der Kommission nicht gestellt werden.

§ 11

Zu den Aufgaben der Geschäftsführung gehört es,

- a) die Beschlüsse der Kommission zu protokollieren und das Protokoll den übrigen Körperschaften zuzuleiten,
- b) die Feststellungen der Kommission gem. § 1 in einem Ergebnisprotokoll zusammenzustellen und den übrigen Körperschaften in ausreichender Zeit zur Weiterleitung an ihre Mitglieder zu übersenden.

§ 12

Diese Vereinbarung ist als Anlage 5 Bestandteil des Bundesmantelvertrags-Zahnärzte. Sie tritt am 1. Januar 1964 in Kraft.

Köln, den 18. November 1963

TK-Protokoll

Protokollarische Feststellungen zu der Vereinbarung über die Bildung einer Technischen Kommission

(Anlage 5 zum Bundesmantelvertrag-Zahnärzte vom 2. Mai 1962)

Zu § 3 besteht Übereinstimmung darüber, dass mit der hierin festgelegten Zahl der Mitglieder der Kommission die Teilnahme weiterer beratender Vertreter der Körperschaften nicht ausgeschlossen ist; die in § 3 festgelegte Mitgliederzahl der Kommission hat nur für die Beschlussfassung Bedeutung.

Zu § 8 besteht Übereinstimmung, dass die schriftliche Formulierung der Anträge so zu verstehen ist, dass die Anträge soweit möglich in Form von Beschlussvorschlägen gestellt und hierzu kurz Begründungen gegeben werden.

Zu § 11 besteht die Übereinstimmung, dass die Beschlüsse der Kommission in derselben Sitzung zu formulieren und schriftlich festzuhalten sind.

Beschlüsse der Technischen Kommission¹

Beschluss Nr. 1

Zu § 8 Abs. 1 Satz 2 BMV-Z:

Behandlungsausweise, die nicht den Bestimmungen in § 8 Abs. 1 Satz 2 BMV-Z entsprechen, können von der Abrechnung und Honorierung nur dann zurückgewiesen werden, wenn der behandelte Patient keinen Anspruch auf die abgerechneten Leistungen hatte.

Beschluss Nr. 2

Zu Nr. 3 Abs. 1 VerfO:

Werden bei der Prüfung erhebliche Mängel festgestellt und besteht begründeter Anlass zu der Vermutung, dass solche Mängel auch in früheren Abrechnungen vorgekommen sind, hat der Prüfungsausschuss in entsprechender Anwendung des § 3 Abs. 2 Verfahrensordnung auch zurückliegende Quartale zu prüfen.

Beschluss Nr. 10

Zu Nrn. 23, 43, 44, 45 und 47:

Eine Abrechnung der Nr. 23 mit nachfolgender Abrechnung der Nrn. 43, 44, 45 oder 47 für denselben Zahn ist in besonderen Fällen möglich.

Beschluss Nr. 16

Zu § 2:

Erscheint ein Patient nicht oder nicht zur vereinbarten Zeit, so kann der Zahnarzt Nr. 24 Bugo-Ä nicht zu Lasten der Krankenkassen abrechnen.

¹ Diese Beschlüsse sind am 1. Januar 1966 in Kraft und an die Stelle aller vorangegangenen Beschlüsse getreten.

Anlage 6 mit Wirkung zum 01.04.2014 aufgehoben.

**Vereinbarung über das Verfahren bei der Behandlung von Verletzungen im Bereich
des Gesichtsschädels und Kiefergelenkserkrankungen**

§ 1

Behandlungsplanung

Vor Beginn der Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels und von Kiefergelenkserkrankungen ist vom Zahnarzt an Hand der erforderlichen diagnostischen Unterlagen ein Behandlungsplan zu erstellen. Hierfür ist der Vordruck "Behandlungsplan bei Kiefergelenkserkrankungen / Kieferbruch" (Muster 3a der Anlage 2) zu verwenden.

§ 2

Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen

- 1) Bei der Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen sendet der Zahnarzt den Behandlungsplan der Krankenkasse zu.
- 2) Bei Kostenübernahme sendet die Krankenkasse den Behandlungsplan an den Zahnarzt zurück.
- 3) Mit der Behandlung soll erst nach Rücksendung des Behandlungsplans begonnen werden. Hiervon ausgenommen sind Maßnahmen zur Beseitigung der Schmerzen sowie zahnmedizinisch unaufschiebbare Maßnahmen.
- 4) Die Krankenkasse kann den bei ihr eingereichten Behandlungsplan bei Kiefergelenkserkrankungen begutachten lassen.
- 5) Die Gesamtvertragspartner auf Landesebene können Näheres vereinbaren.

§ 3

Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels

Die Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels ist vom Zahnarzt der Krankenkasse auf dem Vordruck „Behandlungsplan Kiefergelenkserkrankungen / Kieferbruch“ (Muster 3a der Anlage 2) unverzüglich anzuzeigen.

Anlage 8 Kieferorthopädischer Behandlungsplan

Name der Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Vertragszahnarzt-Nr.

VK gültig bis

Datum

KFO-Behandlungsplan

KFO-Therapieänderung

KFO-Verlängerungsantrag

Behandlungs-
beginn Quartal

Beginn der
Verlängerung Quartal

Voraussichtliche
Dauer Quartale

KIG-Einstufung

Anamnese

Diagnose

OK

UK

Bisslage

Therapie

Frühbehandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 a-c)

Frühe Behandlung (KFO-Richtlinie Nr. 8 d)

OK

UK

Bisslage

Verwend. Geräte

Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen (Zahl eintragen, ggf. ankreuzen)

A 925 a	b	c	d	A 928	A 934 a	b	A 935 a	b	c	d	5	7 a	12	116
117	118	126 a	b	d	127 a	b	128 a	b	c	130	131 a	b	c	

voraussichtl. Dauer
der Behandlung
Quartale

	I	II	III	IV	V	Summe	Buchst.
OK 119							
UK 119							
120				<input checked="" type="checkbox"/>			

Sonstige
Leistungen:

Geb.-Nr.	Anz.

Geschätzte Material
u. Laborkosten EUR

voraussichtl.
Gesamtkosten EUR

Anschrift des Mitgliedes

Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Entscheidung der Krankenkasse

Der Zuschuss zu den aufgeführten Leistungen
(Honorar- und Mat.- und Laborkosten) beträgt: %

Anspruch be-
steht ab Quartal

MUSTER SCHÜTZDRUCK 30159 Hannover, Marktstr. 49, Tel. (05 11) 32 73 44

SCHÜTZDRUCK 30159 Hannover, Marktstr. 49, Tel. (05 11) 32 73 44
Verz.Nr. z. 101 104

Originalgröße DIN A4

Name der Krankenkasse		
Name, Vorname des Versicherten		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragszahnarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

**Mitteilung an den Patienten nach § 29
Abs. 1 Sozialgesetzbuch V. Buch (SGB V)**

Behandlungsbedarf nach der Indikationsgruppe (KIG) ___/___

Sehr geehrte/r _____,

nach § 29 Sozialgesetzbuch, V. Buch haben Versicherte Anspruch auf Übernahme von 80 bzw. 90 v. H. der Kosten der im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung durchgeführten kieferorthopädischen Behandlung in medizinisch begründeten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht. Krankenkassen und Zahnärzte haben gemeinsam in den vom Gesetzgeber geforderten Richtlinien die Indikationsgruppen festgelegt, bei denen eine Behandlungsbedürftigkeit zu Lasten der Krankenkassen zu bejahen ist.

Die klinische Untersuchung hat ergeben, dass bei Ihrem Kind eine Zahn- bzw. Kieferfehlstellung vorliegt, für die Ihre Krankenkasse nicht leistungspflichtig ist. Bei Ihrem Kind habe ich den Behandlungsbedarfsgrad/..... gemäß der Kieferorthopädie-Richtlinien festgestellt. Ihre Krankenkasse darf Kosten erst ab Grad „3“ übernehmen. Eine Behandlung zu Lasten der Krankenkasse darf daher nicht erfolgen. Sollten Sie sich dennoch zu einer Behandlung entschließen, müssten Sie die Kosten selbst tragen.

Ihre Krankenkasse und die zuständige Kassenzahnärztliche Vereinigung (*Ort, Strasse*) erhalten eine Kopie dieser Mitteilung.

Mit freundlichen Grüßen

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Anlage 9 mit Wirkung zum 01.04.2014 aufgehoben.

**Anlage 10 a
Parodontalstatus -Blatt 1-**

Name der Krankenkasse Name, Vorname des Versicherten geb. am Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status Vertragszahnarzt-Nr. VK gültig bis Datum	<h2 style="text-align: center; margin: 0;">PARODONTALSTATUS Blatt 1</h2> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> Behandlungsplan <input type="checkbox"/> Therapieergänzung </div> <hr/> <p style="text-align: center;">Zutreffendes ankreuzen bzw. eintragen</p> <div style="display: flex;"> <div style="width: 50%; padding-right: 10px;"> <p>Allgemeine Vorgeschichte</p> <p>Diabetes mellitus <input type="checkbox"/></p> <p>Bluterkrankungen (z. B. Leukämie) <input type="checkbox"/></p> <p>HIV-Infektion <input type="checkbox"/></p> <p>Genetische Erkrankung (z. B. Down-Syndrom) <input type="checkbox"/></p> <p>Osteoporose <input type="checkbox"/></p> <p>Tabakkonsum <input type="checkbox"/></p> <p>Sonstiges <input type="text"/></p> </div> <div style="width: 50%; padding-left: 10px;"> <p>Diagnose</p> <p>Chronische Parodontitis <input type="checkbox"/></p> <p>Aggressive Parodontitis <input type="checkbox"/></p> <p>Parodontitis als Manifestation von Systemerkrankungen <input type="checkbox"/></p> <p>Nekrotisierende Parodontalerkrankung <input type="checkbox"/></p> <p>Parodontalabszess <input type="checkbox"/></p> <p>Parodontitis im Zusammenhang mit endodontalen Läsionen <input type="checkbox"/></p> <p>Gingivale Vergrößerungen <input type="checkbox"/></p> <p>Gingiva- und Weichgewebswucherung <input type="checkbox"/></p> <p>ergänzende Angaben zur Diagnose</p> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> </div> <hr/> <div style="display: flex;"> <div style="width: 50%; padding-right: 10px;"> <p>Familienvorgeschichte</p> <p>Eltern hatten Zahnfleischerkrankungen und ggf. dadurch Zähne verloren <input type="checkbox"/></p> <p>Spezielle Vorgeschichte</p> <p>Zahnfleischbluten <input type="checkbox"/></p> <p>Entzündungen mit Anschwellen des Zahnfleisches <input type="checkbox"/></p> <p>Zahnwanderungen <input type="checkbox"/></p> <p>Zahnverlust durch Zahnlockerung <input type="checkbox"/></p> <p>Frühere Zahnfleischbehandlung <input type="checkbox"/></p> <p>Angabe des Jahres <input type="text"/> ca. <input type="text"/></p> <p>Befund</p> <p>Marginales Parodontium <input type="checkbox"/></p> <p>Bluten auf Sondieren <input type="checkbox"/> generell</p> <p style="margin-left: 100px;">lokalisiert <input type="checkbox"/></p> <p>Subgingivaler Zahnstein <input type="checkbox"/></p> <p>Taschensekretion <input type="checkbox"/></p> <p>Folgen von Parafunktionen <input type="checkbox"/></p> <p>Abrasionen / Schliff-Flächen <input type="checkbox"/></p> <p>Zahnersatz</p> <p>Festsitzend <input type="checkbox"/> Angabe des Jahres ca. <input type="text"/></p> <p>Herausnehmbar <input type="checkbox"/> Angabe des Jahres ca. <input type="text"/></p> </div> <div style="width: 50%; padding-left: 10px;"> <p>Therapieergänzung (ggf. eintragen):</p> <p>Behandlungsplan vom <input type="text"/></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Geb.-Nr.</th> <th style="width: 15%;">Anz.</th> <th style="width: 70%;">Zahnangabe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>P202</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>P203</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>111</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> </div> </div> <hr/> <div style="display: flex;"> <div style="width: 50%; padding-right: 10px;"> <p>Anschrift Krankenkasse</p> <input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/> </div> <div style="width: 50%; padding-left: 10px;"> <p>Entscheidung der Krankenkasse</p> <p>Die Kosten der vorgesehenen systematischen Par-Behandlung werden übernommen <input type="checkbox"/> nicht übernommen. <input type="checkbox"/></p> <p>Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse</p> <input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/> </div> </div>	Geb.-Nr.	Anz.	Zahnangabe	P202	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P203	<input type="text"/>	<input type="text"/>	111	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geb.-Nr.	Anz.	Zahnangabe											
P202	<input type="text"/>	<input type="text"/>											
P203	<input type="text"/>	<input type="text"/>											
111	<input type="text"/>	<input type="text"/>											

Verdr.-Nr. Z 501 1.04

Anlage 12 mit Wirkung zum 01.04.2014 aufgehoben.

Anlage 13a Auftrag zur Begutachtung

Name und Anschrift des Gutachters

(Name des Versicherten)	(Vorname)	(geb. am)
(Ehegatte / Kind / Sonst. Angeh.)	(Vorname)	(geb. am)
(Name des Zahnarztes)		
(Anschrift)		

Wir bitten um Begutachtung der

Zutreffendes ankreuzen

vorgesehenen prothetischen Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan (Anlage 3 zum BMV-Z) vom _____

ZE	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

ausgeführten prothetischen Leistungen, eingegliedert am _____

Mä	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

vorgesehenen Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen nach dem Behandlungsplan (Muster 3 a der Anlage 2 zum BMV-Z) vom _____

KB	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

vorgesehenen kieferorthopädischen Behandlung nach dem Behandlungsplan vom _____

Kfo	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

nach dem Verlängerungsantrag vom _____

vorgesehenen PA-Behandlung nach dem Pa-Status vom _____

Pa	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Wir bitten um gutachterliche Stellungnahme zu folgenden Fragen:

(Ort / Datum)

(Stempel der Krankenkasse und Unterschrift)

Durchschrift dieses Auftrages ist dem Zahnarzt übersandt worden.

Der Zahnarzt wurde darauf hingewiesen, dass die erforderlichen Behandlungs- und Befundunterlagen (z.B. Modelle, Röntgenaufnahmen) gemäß § 2 Abs. 4 der Anlage 17 zum BMV-Z dem Gutachter unverzüglich zuzuleiten sind.

Auftrag zur Begutachtung

Name und Anschrift des Gutachters

(Name des Versicherten)	(Vorname)	(geb. am)
(Ehegatte / Kind / Sonst. Angeh.)	(Vorname)	(geb. am)
(Name des Zahnarztes)		
(Anschrift)		

Wir bitten um Begutachtung der

Zutreffendes ankreuzen

vorgesehenen prothetischen Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan (Anlage 3 zum BMV-Z) vom _____

ZE	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

ausgeführten prothetischen Leistungen, eingegliedert am _____

Mä	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

vorgesehenen Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen nach dem Behandlungsplan (Muster 3 a der Anlage 2 zum BMV-Z) vom _____

KB	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

vorgesehenen kieferorthopädischen Behandlung nach dem Behandlungsplan vom _____

nach dem Verlängerungsantrag vom _____

Kfo	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

vorgesehenen PA-Behandlung nach dem Pa-Status vom _____

Pa	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Wir bitten um gutachterliche Stellungnahme zu folgenden Fragen:

(Ort / Datum)

(Stempel der Krankenkasse und Unterschrift)

Hinweis an den Zahnarzt

Sie werden gebeten, die erforderlichen Behandlungs- und Befundunterlagen (z.B. Modelle, Röntgenaufnahmen) gemäß § 2 Abs. 4 der Anlage 17 zum BMV-Z dem Gutachter unverzüglich zuzuleiten.

Auftrag zur Begutachtung

Name und Anschrift des Gutachters

(Name des Versicherten)	(Vorname)	(geb. am)
(Ehegatte / Kind / Sonst. Angeh.)	(Vorname)	(geb. am)
(Name des Zahnarztes)		
(Anschrift)		

Wir bitten um Begutachtung der

Zutreffendes ankreuzen

vorgesehenen prothetischen Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan (Anlage 3 zum BMV-Z) vom _____

ZE	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

ausgeführten prothetischen Leistungen, eingegliedert am _____

Mä	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

vorgesehenen Behandlung von Kiefergelenkerkrankungen nach dem Behandlungsplan (Muster 3 a der Anlage 2 zum BMV-Z) vom _____

KB	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

vorgesehenen kieferorthopädischen Behandlung nach dem Behandlungsplan vom _____

Kfo	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------

nach dem Verlängerungsantrag vom _____

vorgesehenen PA-Behandlung nach dem Pa-Status vom _____

Pa	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Wir bitten um gutachterliche Stellungnahme zu folgenden Fragen:

(Ort / Datum)

(Stempel der Krankenkasse und Unterschrift)

Durchschrift dieses Auftrags ist dem Zahnarzt übersandt worden.

Der Zahnarzt wurde darauf hingewiesen, dass die erforderlichen Behandlungs- und Befundunterlagen (z.B. Modelle, Röntgenaufnahmen) gemäß § 2 Abs. 4 der Anlage 17 zum BMV-Z dem Gutachter unverzüglich zuzuleiten sind.

Anlage 13 b (Blatt 1)

Name der Krankenkasse

Name des Versicherten

Name	Vorname	geb. am
Ehegatte/Kind/sonst. Angehörige		
Vorname		geb. am

Anlage 13 b Begutachtung

Die Begutachtung der

- vorgesehenen prothetischen Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan (Anlage 3 zum BMV-Z) vom _____
- ausgeführten prothetischen Leistungen vom _____
- Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen vom _____

erfolgte am _____

Untersuchung des Patienten am _____

Untersuchungsbefund (Nur auszufüllen, wenn Abweichungen vom Heil- und Kostenplan festgestellt werden)

Befund	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Befund	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Erläuterungen / Befund:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> a = Adhäsivbrücke (Anker, Spanne) b = Brückenglied e = ersetzter Zahn ew = ersetzter, aber erneuerungsbedürftiger Zahn f = fehlender Zahn i = Implantat mit intakter Suprakonstruktion ix = zu entfernendes Implantat k = klinisch intakte Krone kw = erneuerungsbedürftige Krone pw = erhaltungswürdiger Zahn mit partiellen Substanzdefekten | <ul style="list-style-type: none"> r = Wurzelstiftkappe rw = erneuerungsbedürftige Wurzelstiftkappe sw = erneuerungsbedürftige Suprakonstruktion t = Teleskop tw = erneuerungsbedürftiges Teleskop ur = unzureichende Retention ww = erhaltungswürdiger Zahn mit weitgehender Zerstörung x = nicht erhaltungswürdiger Zahn) (= Lückenschluss |
|---|---|

Ergebnis

1. Der Behandlungsplan wird befürwortet ja mit Einschränkung nein
2. Die ausgeführten prothetischen Leistungen sind frei von Fehlern und Mängeln ja nein

Begründung

Name und Anschrift des Zahnarztes

vom Gutachter an den Zahnarzt zu senden

Ort/Datum

Unterschrift und Stempel des Gutachters

vom Gutachter an die Krankenkasse
zu senden

Anlage 13 b (Blatt 2)

Name der Krankenkasse

--

Name des Versicherten

Name	Vorname	geb. am
Ehegatte/Kind/sonst. Angehörige	Vorname	geb. am

Begutachtung

Die Begutachtung der

- vorgesehenen prothetischen Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan (Anlage 3 zum BMV-Z) vom _____
- ausgeführten prothetischen Leistungen vom _____
- Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen vom _____

erfolgte am _____

Untersuchung des Patienten am _____

Untersuchungsbefund (Nur auszufüllen, wenn Abweichungen vom Heil- und Kostenplan festgestellt werden)

Befund	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Befund	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Erläuterungen / Befund:

a = Adhäsivbrücke (Anker, Spanne)

b = Brückenglied

e = ersetzter Zahn

ew = ersetzter, aber erneuerungs-

bedürftiger Zahn

f = fehlender Zahn

i = Implantat mit intakter

Suprakonstruktion

ix = zu entfernendes Implantat

k = klinisch intakte Krone

kw = erneuerungsbedürftige Krone

pw = erhaltungswürdiger Zahn mit

partiellen Substanzdefekten

r = Wurzelstiftkappe

rw = erneuerungsbedürftige

Wurzelstiftkappe

sw = erneuerungsbedürftige

Suprakonstruktion

t = Teleskop

tw = erneuerungsbedürftiges

Teleskop

ur = unzureichende Retention

ww = erhaltungswürdiger Zahn

mit weitgehender Zerstörung

x = nicht erhaltungswürdiger

Zahn

) (= Lückenschluss

Ergebnis

1. Der Behandlungsplan wird befürwortet ja mit Einschränkung nein
2. Die ausgeführten prothetischen Leistungen sind frei von Fehlern und Mängeln ja nein

Begründung

Name und Anschrift des Zahnarztes

--

Ort/Datum

Unterschrift und Stempel des Gutachters

Anlage 13 c Begutachtung kieferorthopädischer Behandlungen

- Kfo-Behandlungsplan vom _____
 Kfo-Verlängerungsantrag vom _____
 Kfo-Therapieänderung vom _____
 KIG-Einstufung vom _____

[_____]

[_____]

Name des Zahnarztes	
Anschrift	
Name, Vorname des Mitglieds	geb. am
Name, Vorname des Familienangehörigen	geb. am

Untersuchung des Patienten

Ergebnis

1. Der Kfo-Behandlungsplan wird befürwortet
 ja
 mit Einschränkung
 nein
2. Der Kfo-Verlängerungsantrag wird befürwortet
 ja
 mit Einschränkung
 Quartale _____
 nein
3. Die Kfo-Therapieänderung wird befürwortet
 ja
 mit Einschränkung
 nein
4. Die Einstufung nach der kieferorthopädischen Indikationsgruppe ist korrekt
 ja
 nein, welche _____
5. Die Material- und Laborkosten sind angemessen
 ja
 nein, Höhe _____

Begründung (falls Angaben des Zahnarztes nicht gefolgt wird, ggf. abweichende Gebühren-Nummern angeben)

(Ort / Datum)

Stempel des Gutachters

Unterschrift des Gutachters

Anlage 14 mit Wirkung zum 01.04.2014 aufgehoben.

Anlage 15¹

Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei der kieferorthopädischen Behandlung

§ 1

Antrags- und Genehmigungsverfahren

- (1) ¹Vor Beginn einer kieferorthopädischen Behandlung oder bei einer Therapieänderung stellt der Vertragszahnarzt persönlich und eigenverantwortlich einen Behandlungsplan (Anlage 8 zum BMV-Z/Anlage 8a zum EKV-Z) in zweifacher Ausfertigung auf und leitet beide Exemplare der Krankenkasse zu. ²Satz 1 gilt nicht für Leistungen nach den Nrn. 121 bis 125 von BEMA-Teil 3. ³Über das 16. Behandlungsvierteljahr hinausgehende, noch erforderliche Leistungen sind nach Maßgabe der Abrechnungsbestimmungen zu den Nrn. 119 und 120 von BEMA-Teil 3 schriftlich unter Verwendung des Verlängerungsantrages (Anlage 8 zum BMV-Z/Anlage 8a zum EKV-Z) in zweifacher Ausfertigung zu beantragen.
- (2) ¹Stellt der Vertragszahnarzt fest, dass die beabsichtigte kieferorthopädische Behandlung nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört, hat er dies dem Versicherten schriftlich nach dem Muster der Anlage 8 zum BMV-Z/Anlage 8b zum EKV-Z mitzuteilen und der Krankenkasse eine zweite Ausfertigung zu übermitteln. ²Der Zahnarzt hat der Kassenzahnärztlichen Vereinigung eine weitere Ausfertigung zu übersenden.
- (3) ¹Bei Kostenübernahme sendet die Krankenkasse zügig, spätestens zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang ein Exemplar des Behandlungsplanes mit der Kostenübernahmeerklärung an den Vertragszahnarzt zurück. ²Mit der Behandlung soll erst begonnen werden, wenn die Krankenkasse eine Kostenübernahmeerklärung abgegeben hat. ³Der Behandlungsplan ist dem Vertragszahnarzt auch dann zurückzusenden, wenn eine Kostenübernahme nicht erfolgt. ⁴Behandlungen, für die die Krankenkasse auf Grund des Behandlungsplans die Kosten übernommen hat, unterliegen keiner nachträglichen Prüfung auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit, es sei denn, die abgerechneten Leistungen gehen über den Umfang der genehmigten Leistungen hinaus.
- (4) ¹Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen können auf der Grundlage der Behandlungspläne und der Mitteilungen gem. Abs. 2 Satz 1 die Auswirkungen der Einführung des Kieferorthopädischen Indikationssystems (KIG) überprüfen lassen. ²Näheres regeln die Gesamtvertragspartner auf Landesebene.

§ 2

Einleitung des Gutachterverfahrens

- (1) ¹Die Krankenkasse kann den Behandlungsplan vor der kieferorthopädischen Behandlung begutachten lassen. ²Der Versicherte ist hierüber zu unterrichten. ³In diesem Fall hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden, ob sie die Kosten für die geplante Behandlung übernimmt. ⁴Kann die Krankenkasse die Frist nach Satz 3 nicht einhalten, teilt sie dies dem Versicherten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. ⁵Die Krankenkasse erteilt den Auftrag zur Begutachtung unter Verwendung der Anlage 13a zum BMV-Z.
- (2) ¹Die Krankenkasse sendet den Behandlungsplan (Anlage 8 zum BMV-Z/Anlage 8a zum EKV-Z) in zweifacher Ausfertigung an den Vertragszahnarzt zurück. ²Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem von der Krankenkasse benannten Gutachter beide Ausfertigungen des Behandlungsplanes zusammen mit den Befundunterlagen (wie Kiefermodelle,

¹ Anlage 15 neu eingefügt auf Grund einer Vereinbarung vom 03.02.2014, gültig ab 01.04.2014

Röntgenaufnahmen, Fotografie, Fernröntgenaufnahme, HNO-Befund) einschließlich vorliegender Auswertungen unverzüglich zuzuleiten.

- (3) Die Abs. 1 und 2 gelten für die Therapieänderung oder die Verlängerung der kieferorthopädischen Behandlung gemäß § 1 Abs. 1 entsprechend.
- (4) ¹Die Krankenkasse kann in der Regel innerhalb von vier Wochen nach Kenntnisnahme der Mitteilung gemäß § 1 Abs. 2 ein Gutachten zur Überprüfung der Zuordnung zur vertragszahnärztlichen Versorgung einleiten. ²Die gutachterliche Beurteilung ist anhand von Modellen oder durch eine klinische Untersuchung vorzunehmen. ³Die Krankenkasse hat im Falle einer Begutachtung die KZV über das Ergebnis der Begutachtung zu unterrichten. ⁴Im Übrigen gelten die Bestimmungen der §§ 3 bis 6 entsprechend.
- (5) Bei unterschiedlicher Auffassung über die Zuordnung der beabsichtigten kieferorthopädischen Maßnahmen zur vertragszahnärztlichen Versorgung (KIG-Einstufung) hat die Krankenkasse auf Antrag des Zahnarztes ein Gutachten herbeizuführen.
- (6) ¹Kieferorthopädische Leistungen (einschließlich der zahntechnischen Leistungen), die ohne Therapieänderung über die ursprünglich geplanten hinausgehen, hat der Vertragszahnarzt der Krankenkasse anzuzeigen. ²Die Krankenkasse kann diese Leistungen innerhalb von vier Wochen begutachten lassen.

§ 3 Begutachtung

- (1) ¹Der Gutachter nimmt zum Behandlungsplan unter Verwendung der Anlage 13c zum BMV-Z/Anlage 6c zum EKV-Z Stellung. ²Soweit erforderlich, empfiehlt der Gutachter Ergänzungen und Änderungen des Behandlungsplans. ³Meinungsverschiedenheiten über die Beurteilung des Behandlungsfalles sind in kollegialer Weise zu klären.
- (2) ¹Der Gutachter ist verpflichtet, die eingehenden Behandlungsplanungen nach Vorlage der vom behandelnden Vertragszahnarzt vorzulegenden Behandlungs- und Befundunterlagen (z. B. Modelle, Röntgenaufnahmen, Fotografie, Fernröntgenaufnahme, HNO-Befund, Heil- und Kostenplan) innerhalb von vier Wochen zu bearbeiten. ²Die Frist nach Satz 1 wird mit Eingang der Stellungnahme bei der Krankenkasse gewahrt. ³Eine Verlängerung der Bearbeitungsfrist nach Satz 1 kommt nur in begründeten Ausnahmefällen in Betracht und ist der Krankenkasse rechtzeitig, spätestens bis zum Ablauf der Vier-Wochen-Frist mittels schriftlicher Begründung anzuzeigen. ⁴Die Behandlungs- und Befundunterlagen sind dem behandelnden Vertragszahnarzt unmittelbar zurückzusenden.
- (3) ¹Der Gutachter kann vom Vertragszahnarzt weitere Unterlagen anfordern. ²Der Gutachter setzt die Krankenkasse hiervon in Kenntnis. ³Die Kosten hierfür sind dem Vertragszahnarzt nach dem BEMA von der Krankenkasse zu vergüten.
- (4) ¹Der Gutachter kann eine Untersuchung des Versicherten durchführen. ²Der Untersuchungstermin wird vom Gutachter in Abstimmung mit dem Versicherten festgelegt. ³Der Vertragszahnarzt und die Krankenkasse sind hiervon vom Gutachter zu unterrichten. ⁴Der Vertragszahnarzt kann an der Untersuchung teilnehmen.
- (5) ¹Befürwortet der Gutachter den Behandlungsplan, so sendet er beide Exemplare des Behandlungsplans der Krankenkasse zu. ²Die übrigen Unterlagen sendet er dem Vertragszahnarzt zurück. ³Befürwortet er den Behandlungsplan nicht, so sendet er mit seiner schriftlichen Stellungnahme ein Exemplar des Behandlungsplans der Krankenkasse, das zweite Exemplar und die übrigen Unterlagen dem Vertragszahnarzt zurück.

- (6) Die Absätze 1 bis 5 gelten für die Therapieänderung oder die Verlängerung der kieferorthopädischen Behandlung gemäß § 1 Abs. 1 entsprechend.

§ 4 Obergutachten

- (1) ¹Gegen die Stellungnahme des Gutachters zum Behandlungsplan, zum Verlängerungsantrag oder zur Therapieänderung können Vertragszahnarzt oder Krankenkasse innerhalb eines Monats nach dem Zugang der Stellungnahme des Gutachters schriftlich bei der KZBV Einspruch zum Zwecke der Einholung eines Obergutachtens einlegen. ²Der Einspruch ist ausreichend zu begründen.
- (2) Der Vertragszahnarzt bzw. die Krankenkasse übersendet der KZBV den Behandlungsplan, den Verlängerungsantrag oder die Therapieänderung, das Gutachten und - wenn der Vertragszahnarzt Einspruch eingelegt hat - die Entscheidung der Krankenkasse.
- (3) Im Übrigen gelten § 2 Abs. 1 bis 3 und § 3 sinngemäß.
- (4) Der für den zu begutachtenden Fall zuständige Obergutachter wird vom Fachberater der KZBV bestimmt.

§ 5 Kostentragung

¹Die Kosten für die Begutachtung der Behandlungsplanung, des Verlängerungsantrags oder der Therapieänderung trägt die Krankenkasse. ²Die Kosten des Obergutachtens für die Behandlungsplanung trägt die Krankenkasse, es sei denn, der Einspruch des Vertragszahnarztes gegen die Stellungnahme des Gutachters bleibt erfolglos. ³In diesem Fall hat der Vertragszahnarzt die Kosten des Obergutachtens vollständig oder anteilig zu tragen.

§ 6 Gutachtergebühren

- (1) ¹Die Gebühren errechnen sich durch Multiplikation der nachstehend angegebenen Bewertungszahlen mit den jeweils gültigen Punktwerten. ²Die Punktwerte für Gutachten werden durch die Gesamtvertragspartner vereinbart. ³Centbeträge sind kaufmännisch zu runden.
- a) Gutachten zur Überprüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen gemäß § 29 Abs. 1 SGB V anhand der kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG, Anlage 1 zu den Kfo-Richtlinien) ohne Begutachtung der Behandlungsplanung: 50 Punkte
- b) Gutachten zu einer Behandlungsplanung, einem Verlängerungsantrag oder einer Therapieänderung nach Auswertung von Röntgenaufnahmen und ggf. Modellen, bei ablehnender Stellungnahme mit fachlicher Begründung: 80 Punkte
- c) Gutachten zu einzelnen Behandlungspositionen oder zu zusätzlich geplanten Leistungen: 40 Punkte
- d) Begutachtung eines Nachbefundes, soweit die Begutachtung durch denselben Gutachter, der das Erstgutachten erstellt hat, erfolgt: 20 Punkte

- e) Für die körperliche Untersuchung des Patienten: 18 Punkte
- f) Für Obergutachten wird die Gebühr jeweils vom Fachberater für Kieferorthopädie der KZBV im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband festgesetzt.
- (2) ¹Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von 12,20 EUR je Gutachten abgegolten. ²Centbeträge sind kaufmännisch zu runden.
- (3) ¹Daneben können die für die Begutachtung ggf. erforderlichen, durch den Gutachter oder Obergutachter erbrachten zahnärztlichen Leistungen zusätzlich abgerechnet werden. ²Die Nrn. 7700 und 7750 können nicht zusätzlich abgerechnet werden.

Protokollnotiz:

Sofern im Laufe einer kieferorthopädischen Behandlung die Krankenkasse seitens des Versicherten bzw. dessen gesetzlichen Vertreters Hinweise über einen unregelmäßigen Verlauf der kieferorthopädischen Behandlung erhält, hat diese die Möglichkeit, in begründeten Einzelfällen die Kassenzahnärztliche Vereinigung zu beteiligen. Soweit ein von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung bestellter Fachberater für kieferorthopädische Leistungen in Anspruch genommen wird, kann die Kassenzahnärztliche Vereinigung eine Gebühr entsprechend § 6 Abs. 1 lit. b in Rechnung stellen.

Anlage 16¹

Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei der systematischen Behandlung von Parodontopathien

§ 1

Antrags- und Genehmigungsverfahren

- (1) ¹Vor Beginn einer systematischen Behandlung von Parodontopathien ist vom Vertragszahnarzt anhand der erforderlichen diagnostischen Unterlagen ein Parodontalstatus (Blatt 1 – Anlage 10a und Blatt 2 – Anlage 10b zum BMV-Z/EKV-Z) zu erstellen. ²Der Vertragszahnarzt sendet den Parodontalstatus (Blatt 1 und 2) der Krankenkasse zu.
- (2) ¹Bei Kostenübernahme sendet die Krankenkasse zügig, spätestens nach Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang den Parodontalstatus (Blatt 1 und 2) mit der Kostenübernahmeerklärung an den Vertragszahnarzt zurück. ²Mit der Behandlung soll erst nach Eingang dieser Mitteilung begonnen werden; hiervon ausgenommen sind Maßnahmen zur Beseitigung von Schmerzen. ³Der Parodontalstatus (Blatt 1 und 2) ist dem Vertragszahnarzt auch dann zurückzusenden, wenn eine Kostenübernahme nicht erfolgt. ⁴Behandlungen, für die die Krankenkasse auf Grund des Parodontalstatus die Kosten übernommen hat, unterliegen keiner nachträglichen Prüfung auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit, es sei denn, die abgerechneten Leistungen gehen über den Umfang der genehmigten Leistungen hinaus.
- (3) ¹Eine Therapieergänzung im Sinne eines zusätzlichen offenen Vorgehens (chirurgische Therapie) ist auf dem Parodontalstatus (Blatt 1) zu vermerken und der Krankenkasse zu übermitteln. ²Soweit die Krankenkasse innerhalb von drei Wochen nach Eingang des Parodontalstatus (Blatt 1) kein Gutachterverfahren einleitet, gilt die Therapieergänzung als genehmigt. ³Eine Therapieergänzung kann nur innerhalb eines Zeitraums von drei Monaten nach Durchführung des geschlossenen Vorgehens erfolgen.
- (4) Werden im Rahmen der systematischen Behandlung von Parodontopathien prothetische Maßnahmen oder Maßnahmen zur Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen erforderlich, so ist ein Heil- und Kostenplan für die prothetische Behandlung bzw. ein Behandlungsplan bei Kiefergelenkserkrankungen beizufügen.

§ 2

Einleitung des Gutachterverfahrens

- (1) ¹Die Krankenkasse kann den bei ihr eingereichten Parodontalstatus begutachten lassen. ²Der Versicherte ist hierüber zu unterrichten. ³In diesem Fall hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden, ob sie die Kosten für die geplante Behandlung übernimmt. ⁴Kann die Krankenkasse die Frist nach Satz 3 nicht einhalten, teilt sie dies dem Versicherten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. ⁵Sie erteilt den Auftrag zur Begutachtung unter Verwendung der Anlage 13a zum BMV-Z.
- (2) ¹Die Krankenkasse sendet den Parodontalstatus (Blatt 1 – Anlage 10a – und Blatt 2 – Anlage 10b zum BMV-Z/EKV-Z) an den Vertragszahnarzt zurück. ²Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem von ihr benannten Gutachter beide Blätter des Parodontalstatus zusammen mit den Befundunterlagen (Röntgenaufnahmen) unverzüglich zuzuleiten.

¹ Anlage 16 neu eingefügt auf Grund einer Vereinbarung vom 03.02.2014, gültig ab 01.04.2014

§ 3 Begutachtung

- (1) ¹Der Gutachter nimmt zum Parodontalstatus unter Verwendung der Anlage 10b zum BMV-Z/EKV-Z Stellung. ²Soweit erforderlich, empfiehlt der Gutachter Ergänzungen und Änderungen des Parodontalstatus. ³Meinungsverschiedenheiten über die Beurteilung des Behandlungsfalles sind in kollegialer Weise zu klären.
- (2) ¹Der Gutachter ist verpflichtet, den eingehenden Parodontalstatus nach Vorlage der vom behandelnden Zahnarzt vorzulegenden Befundunterlagen innerhalb von vier Wochen zu bearbeiten. ²Die Frist nach Satz 1 wird mit Eingang der Stellungnahme bei der Krankenkasse gewahrt. ³Eine Verlängerung der Bearbeitungsfrist nach Satz 1 kommt nur in begründeten Ausnahmefällen in Betracht und ist der Krankenkasse rechtzeitig, spätestens bis zum Ablauf der Vier-Wochen-Frist mittels schriftlicher Begründung anzuzeigen. ⁴Die Befundunterlagen sind dem behandelnden Vertragszahnarzt unmittelbar zurückzusenden.
- (3) ¹Der Gutachter kann vom Vertragszahnarzt weitere Unterlagen anfordern. ²Der Gutachter setzt die Krankenkasse hiervon in Kenntnis. ³Die Kosten hierfür sind dem Vertragszahnarzt nach dem BEMA von der Krankenkasse zu vergüten.
- (4) ¹Der Gutachter kann eine Untersuchung des Versicherten durchführen. ²Der Untersuchungstermin wird vom Gutachter in Abstimmung mit dem Versicherten festgelegt. ³Der Vertragszahnarzt und die Krankenkasse sind hiervon vom Gutachter zu unterrichten. ⁴Der Vertragszahnarzt kann an der Untersuchung teilnehmen.
- (5) ¹Befürwortet der Gutachter den Parodontalstatus, so vermerkt er dies auf dem Parodontalstatus (Blatt 2) und sendet Blatt 1 und 2 der Krankenkasse zu. ²Die übrigen Unterlagen sendet er dem Vertragszahnarzt zurück. ³Befürwortet er den Parodontalstatus nicht, so sendet er Blatt 1 und 2 mit seiner schriftlichen Stellungnahme der Krankenkasse, die übrigen Unterlagen dem Vertragszahnarzt zurück. ⁴Die Krankenkasse übersendet beide Blätter des Parodontalstatus sowie ggf. die gutachterliche Stellungnahme dem Vertragszahnarzt mit dem Vermerk, ob sie die Kosten übernimmt.
- (6) § 2 sowie die vorstehenden Absätze 1 bis 5 gelten für die Begutachtung einer Therapieergänzung i.S.d. § 1 Abs. 3 entsprechend.

§ 4 Obergutachten

- (1) ¹Gegen die Stellungnahme des Gutachters zum Parodontalstatus oder zur Therapieergänzung können Vertragszahnarzt oder Krankenkasse innerhalb eines Monats nach Zugang der Stellungnahme des Gutachters schriftlich bei der KZBV Einspruch zum Zwecke der Einholung eines Obergutachtens einlegen. ²Der Einspruch ist ausreichend zu begründen.
- (2) Der Vertragszahnarzt bzw. die Krankenkasse übersendet der KZBV beide Blätter des Parodontalstatus bzw. die Unterlagen der Therapieergänzung, das Gutachten und – wenn der Vertragszahnarzt Einspruch eingelegt hat – die Entscheidung der Krankenkasse.
- (3) Im Übrigen gelten die Bestimmungen der §§ 2 und 3 entsprechend.

§ 5 Kostentragung

¹Die Kosten für die Begutachtung der Behandlungsplanung trägt die Krankenkasse. ²Die Kosten des Obergutachtens trägt die Krankenkasse, es sei denn, der Einspruch des Vertragszahnarztes gegen die Stellungnahme des Gutachters bleibt erfolglos. ³In diesem Fall hat der Vertragszahnarzt die Kosten des Obergutachtens vollständig oder anteilig zu tragen.

§ 6 Gutachtergebühren

- (1) ¹Die Gebühren errechnen sich durch Multiplikation der nachstehend angegebenen Bewertungszahlen mit den jeweils gültigen Punktwerten. ²Die Punktwerte für Gutachten werden durch die Gesamtvertragspartner vereinbart. ³Centbeträge sind kaufmännisch zu runden.
- a) Gutachten zu einer Behandlungsplanung oder zu einer Therapieergänzung nach Auswertung von Röntgenaufnahmen, bei ablehnender Stellungnahme mit fachlicher Begründung:
80 Punkte
 - b) für die körperliche Untersuchung des Patienten:
18 Punkte
 - c) Für Obergutachten wird die Gebühr jeweils vom Fachberater für Parodontologie der KZBV im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband festgesetzt.
- (2) ¹Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von 12,20 EUR je Gutachten abgegolten. ²Centbeträge sind kaufmännisch zu runden.
- (3) ¹Daneben können die für die Begutachtung ggf. erforderlichen, durch den Gutachter oder Obergutachter erbrachten zahnärztlichen Leistungen zusätzlich abgerechnet werden. ²Die Nrn. 7700 und 7750 können nicht zusätzlich abgerechnet werden.

**Vereinbarung
über das
Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie
das Gutachterwesen
bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen**

**§ 1
Antrags-/ Genehmigungsverfahren**

- (1) ¹Anhand des Befundes stellt der Vertragszahnarzt einen Heil- und Kostenplan (Anlage 3 zum BMV-Z/Anlage 4 zum EKV-Z) auf, der der Krankenkasse grundsätzlich über den Versicherten vorzulegen ist. ²Der Heil- und Kostenplan ist von der Krankenkasse insgesamt zu überprüfen.
- (2) ¹Für Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Kronen und Brücken und zur Wiederherstellung oder Erweiterung von Prothesen nach den Befund-Nrn. 6.0 - 6.10, 7.3, 7.4 und 7.7 der Festzuschuss-Richtlinie sind ausgestaltende Regelungen der Gesamtvertragspartner zulässig. ²Diese Befunde können auch ohne vorherige Bewilligung durch die Krankenkasse versorgt werden. ³Das gilt auch für die Befunde nach den Nrn. 1.4 und 1.5. ⁴Hiervon bleibt das Recht, vor Beginn der Behandlung die Bewilligung durch die Krankenkasse einzuholen, unberührt. ⁵Bei zum Zeitpunkt der Behandlung dem Vertragszahnarzt bekannten Härtefällen ist der Heil- und Kostenplan vor Behandlungsbeginn zur Bewilligung der Krankenkasse vorzulegen.
- (3) ¹Bei Kostenübernahme bzw. Bezuschussung gibt die Krankenkasse zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen, den Heil- und Kostenplan mit der Zuschussfestsetzung über den Versicherten an den Vertragszahnarzt zurück.
- (4) ¹Mit der prothetischen Behandlung durch den Vertragszahnarzt soll erst nach Festsetzung der Festzuschüsse durch die Krankenkasse begonnen werden. ²Bei nachträglichen Änderungen des Befundes oder der tatsächlich geplanten Versorgung ist der Heil- und Kostenplan durch den Vertragszahnarzt zu berichtigen und der Krankenkasse zur Neufestsetzung des Zuschusses zuzuleiten (Ziff. 5 der Anlage 3 BMV-Z/ Ziff. 5 der Anlage 4 EKVZ). ³Behandlungen, für die die Krankenkasse auf Grund des Heil- und Kostenplans einen Zuschuss gewährt hat, unterliegen keiner nachträglichen Prüfung auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit, es sei denn, die abgerechneten Leistungen gehen über den Umfang der genehmigten Leistungen hinaus.


**§ 2
Einleitung des Gutachterverfahrens**

- (1) ¹Die Krankenkasse kann den bei ihr eingereichten Heil- und Kostenplan in Bezug auf den Befund, die Versorgungsnotwendigkeit und die geplante Versorgung begutachten lassen, auch wenn Leistungen der gleich- oder andersartigen Versorgung geplant sind. ²Der Versicherte ist hierüber zu unterrichten. ³In diesem Fall hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden, ob sie die Kosten für die geplante Behandlung übernimmt. ⁴Kann die Krankenkasse die Frist nach Satz 3 nicht einhalten, teilt sie dies dem Versicherten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. ⁵Die Krankenkasse übersendet den Heil- und Kostenplan unverzüglich einem nach § 2a Abs. 3 BMV-Z/§ 22 Abs. 3 EKV-Z bestellten Gutachter und setzt den Zahnarzt hiervon in Kenntnis. ⁶Die Krankenkasse erteilt den Auftrag zur Begutachtung unter Verwendung der Anlage 13a zum BMV-Z oder individuell nach dem Vorbild dieser Anlage.

¹ Anlage 17 neu eingefügt auf Grund einer Vereinbarung vom 03.02.2014, gültig ab 01.04.2014

- (2) Nach Abschluss der Begutachtung übersendet die Krankenkasse den Heil- und Kostenplan - gegebenenfalls über den Versicherten - dem Vertragszahnarzt mit dem Vermerk, ob und inwieweit Festzuschüsse bewilligt werden.
- (3) ¹Die Krankenkasse kann in begründeten Einzelfällen bei Regel- und gleichartigen Versorgungsmängeln innerhalb von 24 Monaten nach der definitiven Eingliederung von Zahnersatz begutachten lassen. ²Die Krankenkasse erteilt den Auftrag zur Begutachtung unverzüglich nach Kenntniserhalt eines vermuteten Planungs- oder Ausführungsmangels einem nach § 2a Abs. 3 BMV-Z/§ 22 Abs. 3 EKV-Z bestellten Gutachter unter Verwendung der Anlage 13a zum BMV-Z oder individuell nach dem Vorbild dieser Anlage. ³Sie benachrichtigt den Vertragszahnarzt über die anberaumte Begutachtung. ⁴Wird innerhalb der 24-Monats-Frist ein Gutachterverfahren nicht eingeleitet, so kann die Krankenkasse aus auftretenden Mängeln keine Ansprüche mehr herleiten.
- (4) Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem Gutachter die erforderlichen Behandlungs- und Befundunterlagen (z. B. Modelle, Röntgenaufnahmen) unverzüglich zuzuleiten.
- (5) Ausgestaltende Regelungen zur Erteilung von Gutachteraufträgen sind gesamtvertraglich möglich.

§ 3 Planungsgutachten

- (1) ¹Der Gutachter nimmt zum Heil- und Kostenplan unter Verwendung der Anlage 3  zum BMV-Z/Anlage 4 zum EKV-Z innerhalb von vier Wochen Stellung. ²Die Frist nach Satz 1 wird mit Eingang der Stellungnahme bei der Krankenkasse gewahrt. ³Eine Verlängerung der Bearbeitungsfrist nach Satz 1 kommt nur in begründeten Ausnahmefällen in Betracht und ist der Krankenkasse rechtzeitig, spätestens bis zum Ablauf der Vier-Wochen-Frist mittels schriftlicher Begründung anzuzeigen. ⁴Befunde und die geplante Versorgung sind insbesondere nach den Festzuschuss- und Zahnersatz-Richtlinien daraufhin zu begutachten, ob die beantragten Festzuschüsse ansetzbar sind und ob die geplante Versorgung dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht und den medizinischen Fortschritt berücksichtigt. ⁵Leistungen, für die der Versicherte keinen Festzuschuss erhält, unterliegen nicht dieser Vereinbarung. ⁶Soweit erforderlich, empfiehlt der Gutachter Ergänzungen und Änderungen des Heil- und Kostenplans. ⁷Meinungsverschiedenheiten über die Beurteilung des Behandlungsfalles sind in kollegialer Weise zu klären.
- (2) ¹Das Ergebnis der gutachterlichen Stellungnahme ist auf dem Heil- und Kostenplan zu vermerken. ²Befürwortet der Gutachter den Heil- und Kostenplan, so leitet er seine schriftliche Stellungnahme der Krankenkasse zu. ³Befürwortet er den Heil- und Kostenplan nicht, so übersendet er seine Stellungnahme auch dem Vertragszahnarzt.
- (3) ¹Der Gutachter kann vom Vertragszahnarzt weitere Unterlagen anfordern. ²Er setzt die Krankenkasse hiervon in Kenntnis. ³Die Kosten hierfür sind dem Vertragszahnarzt nach dem BEMA zu vergüten.
- (4) ¹Der Gutachter kann eine Untersuchung des Versicherten durchführen. ²Der Untersuchungstermin wird vom Gutachter in Abstimmung mit dem Versicherten festgelegt. ³Der Vertragszahnarzt und die Krankenkasse sind vom Gutachter hiervon zu unterrichten. ⁴Der Vertragszahnarzt kann an der Untersuchung teilnehmen.

§ 4 Mängelgutachten

- (1) ¹Stellt der Gutachter bei der Begutachtung von bereits ausgeführten prothetischen Leistungen Mängel fest, so hat er diese in einer schriftlichen Stellungnahme gegenüber der Krankenkasse und dem Vertragszahnarzt ausführlich darzulegen. ²Seine schriftliche Stellungnahme leitet er der Krankenkasse und auch dem Vertragszahnarzt zu.
- (2) ¹Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem Gutachter den abgerechneten Heil- und Kostenplan, der der prothetischen Versorgung zugrunde gelegen hat, im Original oder als Kopie sowie Abschriften der dazugehörigen Rechnungsunterlagen unverzüglich zu übermitteln. ²Der Gutachter kann der Krankenkasse anheim stellen, weitere Unterlagen sowie Nachbefunde vom Zahnarzt zu verlangen. ³Die Kosten hierfür sind dem Zahnarzt nach dem BEMA von der Krankenkasse zu vergüten.
- (3) ¹Der Gutachter hat grundsätzlich eine Untersuchung des Versicherten durchzuführen. ²Der Untersuchungstermin wird vom Gutachter in Abstimmung mit dem Versicherten festgelegt. ³Der Vertragszahnarzt und die Krankenkasse sind vom Gutachter hiervon zu unterrichten. ⁴Der Vertragszahnarzt kann an der Untersuchung teilnehmen.

Protokollnotiz:

Zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband besteht Konsens, dass die Krankenkasse in begründeten Einzelfällen bei andersartigen Versorgungs- und sogenannten Mischfällen (Nrn. 7d, 7e der Anlage 3 zum BMV-Z bzw. Anlage 4 zum EKVZ) ausgeführte prothetische Leistungen innerhalb von 36 Monaten nach der definitiven Eingliederung bei vermuteten Planungs- oder Ausführungsmängeln überprüfen lassen kann. In diesem Falle benachrichtigt sie den behandelnden Vertragszahnarzt über die anberaumte Begutachtung und übersendet den Heil- und Kostenplan, der der prothetischen Versorgung zugrunde gelegen hat, einem nach § 2a Abs. 3 BMV-Z/§ 22 Abs. 3 EKV-Z bestellten Gutachter, der auch für diese speziellen Fälle empfohlen wird.

§ 5 Obergutachterverfahren / Einigungsverfahren

¹Sind Vertragszahnarzt oder Krankenkasse mit der Stellungnahme des Gutachters nicht einverstanden, ist ein Zahnersatz-Obergutachten oder eine Einigung vor dem Prothetik-Einigungsausschuss herbeizuführen. ²Die jeweiligen Gesamtvertragspartner vereinbaren, ob das Obergutachterverfahren nach § 5a oder das Verfahren vor dem Prothetik-Einigungsausschuss nach § 5b durchzuführen ist.

§ 5a Zahnersatz-Obergutachten

¹Gegen die Stellungnahme des Gutachters zum Heil- und Kostenplan sowie zu vermuteten Planungs- oder Ausführungsmängeln können Vertragszahnarzt oder Krankenkasse innerhalb eines Monats nach dem Zugang der Stellungnahme des Gutachters schriftlich bei der KZV Einspruch zum Zwecke der Einholung eines Obergutachtens einlegen. ²Der Einspruch ist ausreichend zu begründen. ³Im Übrigen gelten die §§ 3 und 4 entsprechend.

§ 5b Prothetik-Einigungsausschuss

(1) ¹Gegen die Stellungnahme des Gutachters zum Heil- und Kostenplan (Planungsgutachten) sowie zu ausgeführten prothetischen Leistungen bei vermuteten Planungs- oder

Ausführungsmängeln (Mängelgutachten) können Vertragszahnarzt oder Krankenkasse innerhalb eines Monats nach Zugang der Stellungnahme des Gutachters Einspruch vor dem Prothetik-Einigungsausschuss einlegen. ²Der Einspruch ist ausreichend zu begründen.

- (2) ¹Der Prothetik-Einigungsausschuss entscheidet durch Beschluss in der Sache über Einsprüche des Vertragszahnarztes oder der Krankenkasse gegen die Stellungnahme des Gutachters. ²Gegen die Entscheidung des Prothetik-Einigungsausschusses kann die Beschwerdeinstanz angerufen werden.
- (3) Das Nähere zum Prothetik-Einigungsausschuss regeln die Gesamtvertragspartner.

§ 6 Kostentragung

Die Kosten für Planungs- und Mängelgutachten trägt vorbehaltlich der nachfolgenden Bestimmungen die Krankenkasse.

§ 6a Kostentragung bei Zahnersatz-Obergutachten

- (1) ¹Die Kosten des Obergutachtens zur Behandlungsplanung trägt die Krankenkasse, es sei denn, der Einspruch des Vertragszahnarztes gegen die Stellungnahme des Gutachters bleibt erfolglos. ²In diesem Fall hat der Vertragszahnarzt die Kosten des Obergutachtens vollständig oder anteilig zu tragen.
- (2) ¹Die Kosten des Obergutachtens im Rahmen der Mängelbegutachtung trägt die Krankenkasse, es sei denn, der Einspruch des Vertragszahnarztes gegen die Stellungnahme des Gutachters bleibt erfolglos. ²In diesem Fall hat der Vertragszahnarzt, soweit obergutachterlich die Notwendigkeit einer vollständigen Neuanfertigung der prothetischen Versorgung festgestellt wird, die Kosten des Gutachters und des Obergutachters vollständig, soweit die Notwendigkeit einer teilweisen Neuanfertigung oder Nachbesserung festgestellt wird, anteilig zu tragen.

§ 6b Kostentragung bei Verfahren vor dem Prothetik-Einigungsausschuss

- (1) ¹In dem Verfahren vor dem Prothetik-Einigungsausschuss entscheidet dieser nach Maßgabe der gesamtvertraglichen Regelungen, in welcher Höhe der Krankenkasse oder dem Vertragszahnarzt Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. ²Die Kosten sind der Krankenkasse aufzuerlegen, soweit sich aus den Absätzen 2 und 3 nichts Abweichendes ergibt.
- (2) ¹Im Rahmen der Überprüfung der Behandlungsplanung sind die Kosten des Verfahrens vor dem Prothetik-Einigungsausschuss dem Vertragszahnarzt vollständig oder anteilig aufzuerlegen, wenn sein Einspruch gegen die Stellungnahme des Gutachters erfolglos bleibt. ²Die Kosten des Erstgutachtens trägt die Krankenkasse.
- (3) ¹Im Rahmen der Mängelbegutachtung sind die Kosten des Verfahrens vor dem Prothetik-Einigungsausschuss dem Vertragszahnarzt aufzuerlegen, wenn sein Einspruch gegen die Stellungnahme des Gutachters erfolglos bleibt. ²In diesem Fall sind dem Vertragszahnarzt auch die Kosten des Erstgutachtens aufzuerlegen. ³Soweit durch den Prothetik-Einigungsausschuss die Notwendigkeit einer vollständigen Neuanfertigung der protheti-

schen Versorgung festgestellt wird, sind dem Vertragszahnarzt die Kosten vollständig, soweit die Notwendigkeit einer teilweisen Neuanfertigung oder Nachbesserung festgestellt wird, anteilig aufzuerlegen.

- (4) Die Kosten des Verfahrens vor dem Prothetik-Einigungsausschuss, die dem Vertragszahnarzt auferlegt werden können, sind der Höhe nach auf maximal diejenigen Kosten begrenzt, die im Falle der Durchführung eines Obergutachterverfahrens nach § 5a anfallen würden.

§ 7 Gutachtergebühren

- (1) ¹Die Gebühren errechnen sich durch Multiplikation der nachstehend angegebenen Bewertungszahlen mit den jeweils gültigen Punktwerten. ²Die Punktwerte für Gutachten werden durch die Gesamtvertragspartner vereinbart. ³Centbeträge sind kaufmännisch zu runden.
- a) Gutachten zu einer Behandlungsplanung oder zu ausgeführten prothetischen Leistungen, ggf. nach Auswertung von Röntgenaufnahmen oder Modellen: 80 Punkte
 - b) Für die körperliche Untersuchung des Versicherten zusätzlich: 18 Punkte
 - c) Obergutachten zu einer Behandlungsplanung, ggf. nach Auswertung von Röntgenaufnahmen oder Modellen: 180 Punkte
 - d) Obergutachten zu ausgeführten prothetischen Leistungen, ggf. nach Auswertung von Röntgenaufnahmen oder Modellen: 220 Punkte
- (2) ¹Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von EUR 12,20 je Gutachten abgegolten. ²Centbeträge sind kaufmännisch zu runden.
- (3) ¹Daneben können die für die Begutachtung ggf. erforderlichen, durch den Gutachter/Obergutachter erbrachten zahnärztlichen Leistungen (z. B. BEMA-Nrn. 8, Ä 925 a-d) zusätzlich abgerechnet werden. ²Die Nrn. 7700 und 7750 können nicht zusätzlich abgerechnet werden.
- (4) Für hauptamtlich bei den Krankenkassen und ihren Verbänden angestellte Zahnärzte können die Krankenkassen und ihre Verbände andere Vergütungsregelungen vorsehen.

**Vereinbarung über das
Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie
das Gutachterwesen
bei implantologischen Leistungen**

A. Gutachten

1. Vor Beginn der Behandlung ist vom Vertragszahnarzt eine Behandlungs- und Kostenplanung zu erstellen. Dabei sind die vorgesehenen zahnärztlichen Leistungen, das Implantatsystem, der Implantattyp, die Lage der Implantate (Kennzeichnung mit „I“ im Heil- und Kostenplan) und die geschätzten Material- und Laborkosten anzugeben. Es ist ein einheitliches Konzept sowohl für die implantologische als auch die prothetische Behandlungsplanung einzureichen. Der Vertragszahnarzt übermittelt die Behandlungs- und Kostenplanung zusammen mit dem Heil- und Kostenplan für die prothetische Behandlung - ggf. über den Versicherten - der Krankenkasse jeweils in doppelter Ausfertigung.
2. Die Krankenkasse muss Behandlungspläne für implantologische Leistungen einschließlich der prothetischen Versorgung zur Abklärung ihrer Leistungspflicht begutachten lassen, wenn eine Ausnahmeindikation nach Abschnitt B Ziffer VII der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie) in Betracht kommt. Der Versicherte ist hierüber zu unterrichten. In diesem Fall hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden, ob sie die Kosten für die Behandlung übernimmt. Kann die Krankenkasse die Frist nach Satz 3 nicht einhalten, teilt sie dies dem Versicherten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit.

Die Krankenkasse erteilt einem nach § 2a Abs. 3 BMV-Z/22 Abs. 3 EKV-Z bestellten Gutachter einen schriftlichen Auftrag. Die Krankenkasse sendet die Behandlungs- und Kostenplanung des Vertragszahnarztes an den Gutachter.

Die Krankenkasse unterrichtet den Vertragszahnarzt über den Begutachtungsauftrag durch Übersendung des Vordruckes „Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)“ gemäß Anlage 18 Anhang 1 zum BMV-Z/Anlage 18 Anhang 1 zum EKV-Z in zweifacher Ausfertigung.

3. Der Vertragszahnarzt hat zur Begutachtung den Vordruck „Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)“ auszufüllen und zusammen mit den Modellen und Röntgenaufnahmen dem Gutachter vorzulegen. Ergänzend sind Befundberichte zur medizinischen Gesamtbehandlung beizufügen.
4. Der Gutachter ist verpflichtet, die eingehenden Aufträge innerhalb von vier Wochen zu bearbeiten. Die Frist nach Satz 1 wird mit Eingang der Stellungnahme bei der Krankenkasse gewahrt. Eine Verlängerung der Bearbeitungsfrist nach Satz 1 kommt nur in begründeten Ausnahmefällen in Betracht und ist der Krankenkasse rechtzeitig, spätestens bis zum Ablauf der Vier-Wochen-Frist mittels schriftlicher Begründung anzuzeigen. Der Gutachter nimmt sowohl zu der implantologischen als auch zu der prothetischen Behandlungsplanung - auch hinsichtlich Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit - Stellung. Der Gutachter kann vom behandelnden Vertragszahnarzt weitere Auskünfte und Befundunterlagen verlangen.
5. Der Gutachter nimmt Stellung, ob eine Ausnahmeindikation für die Versorgung mit Implantaten nach Abschnitt B Ziffer VII der Behandlungsrichtlinie vorliegt, insbesondere auch, ob bei den Ausnahmeindikationen eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate nicht möglich ist. Er kann Änderungen der Behandlungsplanung - auch hin-

¹ Anlage 18 neu eingefügt auf Grund einer Vereinbarung vom 03.02.2014, gültig ab 01.04.2014

sichtlich der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der geplanten Implantate - vorschlagen.

6. Der Gutachter übersendet dem Vertragszahnarzt und der beauftragenden Krankenkasse das Gutachten. Die Krankenkasse trifft unter Berücksichtigung des Gutachtens ihre Leistungsentscheidung gegenüber dem Versicherten. Mit der Behandlung soll grundsätzlich erst begonnen werden, wenn die Leistungszusage der Krankenkasse vorliegt.
7. Die Kosten der Begutachtung trägt grundsätzlich die Krankenkasse.
8. Die KZBV und der GKV-Spitzenverband werten die Gutachten aus.

B. Obergutachten

1. Der Vertragszahnarzt oder die Krankenkasse können ein Obergutachten bei der KZBV beantragen.
2. Abschnitt A gilt entsprechend für das Obergutacherverfahren.
3. Die Kosten des Obergutachtens trägt grundsätzlich der Antragsteller.

C. Gutachtergebühren

1. Die Gebühren für Gutachter und Obergutachter für implantologische Leistungen einschließlich der prothetischen Versorgung betragen
 - bei Gutachten ohne Untersuchung des Patienten 90,86 EUR
 - bei Gutachten mit Untersuchung des Patienten 114,46 EUR
 - bei Obergutachten ohne Untersuchung des Patienten 193,52 EUR
 - bei Obergutachten mit Untersuchung des Patienten 217,12 EUR

Daneben können die für die Begutachtung erforderlichen diagnostischen Leistungen (z. B. Röntgenaufnahmen) abgerechnet werden.

2. Die Vertragspartner werden jährlich über eine Anpassung der Gebühren nach Nr. 1 für das Folgejahr verhandeln.
3. Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von 12,20 EUR je Gutachten abgegolten. Centbeträge sind kaufmännisch zu runden.

Auftrag zur Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)

Name und Anschrift des Gutachters

┌

┐

Name der Krankenkasse	
Name, Vorname des Versicherten	geb. am
Ehegatte/Kind/sonst. Angeh.	geb. am
Versicherten-Nr	

└

┘

Wir bitten um Begutachtung der laut anliegendem Behandlungsplan vorgesehenen implantologischen Leistungen einschließlich der Suprakonstruktion mit dem Ziel festzustellen, ob eine Ausnahmeindikation gemäß § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V / Abschnitt B. VII. Nr. 2 der Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung vorliegt.

Eine Durchschrift dieses Auftrages ist dem behandelnden Zahnarzt übersandt worden.

Weiterhin bitten wir um eine gutachterliche Stellungnahme zu folgenden Fragen:

Name und Anschrift des Zahnarztes

┌

┐

Bitte stellen Sie die erforderlichen Unterlagen (Röntgenaufnahmen, Modelle, ausgefüllter Vordruck „Begutachtung von Implantaten“) dem Gutachter unverzüglich zur Verfügung.

└

┘

_____ Datum

_____ Stempel der Krankenkasse und Unterschrift

Begutachtung von Implantaten einschließlich Suprakonstruktion (Zahnersatz)

Hinweis für den Zahnarzt

Bitte in den Abschnitten 1 und 2 nur die fett umrandeten Felder sowie den Abschnitt 3 ausfüllen und zusammen mit den Befundunterlagen (Modelle, Röntgenaufnahmen, Befundberichte) an den Gutachter senden.

1. Befundunterlagen und Vorbehandlung							
Vorbehandlung	Zahnarzt		Gutachter		Befundunterlagen	Gutachter	
	Ja	Nein	Ja	Nein		Ja	Nein
Konservierende Vorbehandlung abgeschlossen					Auswertbares Orthopantomogramm (ggf. Messaufnahme)		
Endodontische Vorbehandlung abgeschlossen					Auswertbare Zahnfilme		
Par-Behandlung abgeschlossen					Fixierte, auswertbare Modelle		
Chirurgische/kieferchirurgische Vorbehandlung abgeschlossen					Befundbericht über die medizinische Gesamtbehandlung		
					Untersuchung des Patienten hat stattgefunden		

2. Ausnahmeindikationen für implantologische Leistungen									
Größere Kiefer- und Gesichtsddefekte liegen vor, die ihre Ursache haben in:	Zahnarzt		Gutachter		Größere Kiefer- und Gesichtsddefekte liegen vor, die ihre Ursache haben in:	Zahnarzt		Gutachter	
	Ja	Nein	Ja	Nein		Ja	Nein	Ja	Nein
Tumoroperationen					Unfällen				
Entzündungen des Kiefers					Dauerhaft bestehende extreme Xerostomie (bei Tumorbehandlung)				
Operationen infolge von großen Zysten					Generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen				
Operationen infolge von Osteopathien					Nicht willentlich beeinflussbare muskuläre Fehlfunktion (z. B. Spastiken)				
Angeborenen Fehlbildungen des Kiefers					Verankerung von Epithesen bei extraoralen Defekten				

3. Gesamtbeurteilung des Zahnarztes	Ja	Nein
Eine Ausnahmeindikation für implantologische Leistungen nach Abschnitt VII der Richtlinien liegt vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate ist möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum, Unterschrift des Zahnarztes

4. Gesamtbeurteilung des Gutachters	Ja	Nein
Eine konventionelle prothetische Versorgung ohne Implantate ist möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Behandlungsplan wird befürwortet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Behandlungsplan wird mit Änderungen befürwortet	<input type="checkbox"/>	

Begründung (ggf. auf gesondertem Blatt):

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Zahnstatus ausfüllen, falls von Angaben des Zahnarztes abgewichen wird

Datum, Unterschrift des Gutachters